Федеральное агентство
по здравоохранению и социальному развитию
ГОУ ВПО Алтайский государственный
медицинский университет Росздрава

ПСИХИАТРИЯ
И
НАРКОЛОГИЯ

Методические материалы

Под редакцией профессора Б.Н. Пивень



Барнаул, 2005

УДК 617.93
ББК 56.14
П 32

Печатается по решению ЦКМС АГМУ.
Протокол № 1 от 25.02.05.

Кафедра психиатрии и наркологии

Составители: Б.Н. Пивень, О.П. Конева, Л.С. Лобачева, Г.И. Славщик, А.Е. Строганов, И.И. Шереметьева, Л.В. Лещенко, Е.А. Колесников.

Методические материалы подготовлены в соответствии с программой по психиатрии и наркологии для студентов лечебного, педиатрического, лечебно-профилактического и стоматологического факультетов. Они предназначены для самостоятельной работы студентов в освоении психиатрии и наркологии на этапе додипломной подготовки специалиста.

Методические материалы могут быть полезными при подготовке специалиста на постдипломном этапе – при обучении интернов, клинических ординаторов, курсантов циклов специализации и усовершенствования врачей.

Б.Н. Пивень, О.П. Конева, Л.С. Лобачева, Г.И. Славщик, А.Е. Строганов, И.И. Шереметьева, Л.В. Лещенко, Е.А. Колесников. Психиатрия и наркология. – Барнаул: АГМУ, 2005. - 108 с.

Содержание

Литература

Основная

Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. – М.: Медпресс-информ, 2004.

Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология. – М.: Медпресс-информ, 2003.

Дополнительная

Жмуров В.А. Психопатология. – М.: Медицинская книга, 2002.

Пивень Б.Н. Экологическая психиатрия. – Барнаул, 2001.

Пивень Б.Н., Шереметьева И.И. Смешанные формы психических заболеваний. – Новосибирск: Наука, 2003.

Введение

В подготовке специалистов важную роль играет самостоятельная работа обучающихся. Настоящие методические материалы составлены для того, чтобы способствовать проведению этой работы при изучении психиатрии и наркологии. Их использование может помогать обучающимся оптимизировать учебный процесс и систематизировать знания, получаемые из учебных руководств, при прослушивании лекций и обсуждении тем практических занятий.

Материалы включают шесть взаимосвязанных частей.

В части I «Психиатрия в схемах и таблицах» дается своеобразный остов базовых знаний и основных положений в области психиатрии и наркологии, которые в соответствии с программой обучения должны освоить студенты.

Часть II «Обследование и курация психически больных» помогает студентам освоить методологию и методы исследования психически больных, а также содержит подробные указания по написанию академической истории болезни больных, курируемых студентами во время учебного цикла. История болезни является отчетом о полученных студентами теоретических знаниях и практических навыках. Собеседование по ее содержанию и оформлению – обязательная часть экзамена по предмету «Психиатрия и наркология».

Часть III «Особенности проведения клинической беседы» существенно дополняет материалы, содержащиеся во II части. В ней дано детальное изложение правил проведения этого важного не только в психиатрии, но и в клинической медицине в целом, инструмента как обследования, так и метода психотерапии.

Часть IV «Общая психопатология и частная психиатрия» нацеливает студентов на самостоятельное изучение материалов, предусмотренных программой по психиатрии и наркологии, входящих в план практических занятий. В этой части дается тематика практических занятий, обозначается их цель, приводится перечень вопросов, подлежащих рассмотрению на занятиях, дается

перечень контрольных вопросов, ответы на которые могут помогать оценивать качество знаний, приобретаемых студентами.

В части V приводятся примерные вопросы тестового контроля. В процессе учебных циклов их набор может меняться.

В части VI перечисляются требования к уровню освоения содержания дисциплины студентами, сформулированные в программе по психиатрии и наркологии.

Часть I

Психиатрия в схемах и таблицах

Организация психиатрической помощи в РФ

1. Лечебно-профилактические учреждения (психиатрические больницы, психоневрологические диспансеры, наркологические диспансеры, кабинеты).

Учреждения социального обеспечения (специальные дома инвалидов, МСЭК (медико-социально-экспертные комиссии)).

2. Учреждения министерства просвещения (специальные школы, школы-интернаты, санатории и санатороно-лесные школы, специальные детские сады).

3. Учреждения Министерства юстиции (спецбольницы).

Показания к госпитализации

1. Наличие психического расстройства и решение врача при согласии больного либо постановление суда о проведении обследования и лечения в стационарных условиях.

2. Проведение психиатрической (судебной, трудовой, военной) экспертизы.

3. По показаниям к недобровольной госпитализации.

Показания к недобровольной госпитализации

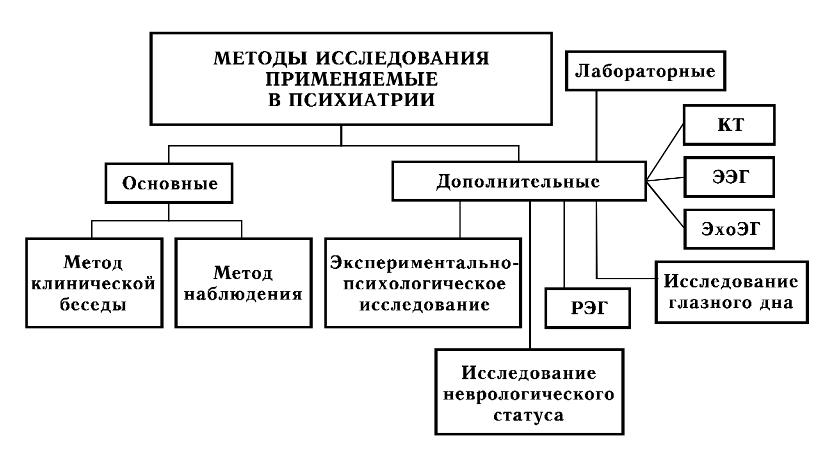
Если психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

1. Опасность для себя и для окружающих (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным и аутоагрессивным действиям, систематизированные бредовые синдромы, если они определяют общественно опасное поведение больного.

2. Беспомощность, т. е. неспособность удовлетворять свои основные жизненные потребности.

3. Существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

СХЕМА №1



Детальное изложение см. в разделах «Обследование и курация психически больных» и «Особенности проведения клинической беседы» настоящих методических рекомендаций.

СХЕМА №2

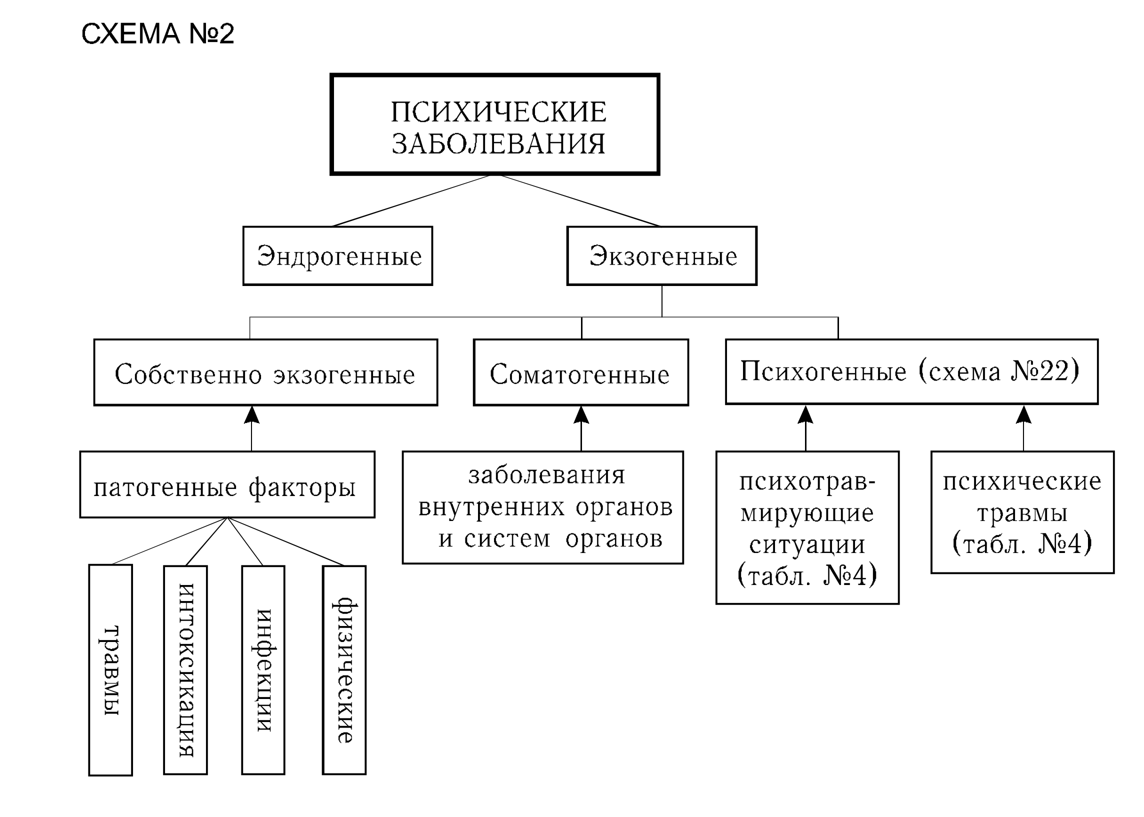

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Эндрогенные
Экзогенные
Собственно экзогенные
Соматогенные
Психогенные (схема №22)
патогенные факторы
заболевания внутренних органов и систем органов
психотравмирующие ситуации (табл. №4)
психические травмы (табл. №4)
травмы
интоксикация
инфекции
физические

СХЕМА №3


ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Непсихотический уровень
Психотический уровень
сохранена критика, не нарушено поведение
нарушение критики, поведения

СХЕМА №4

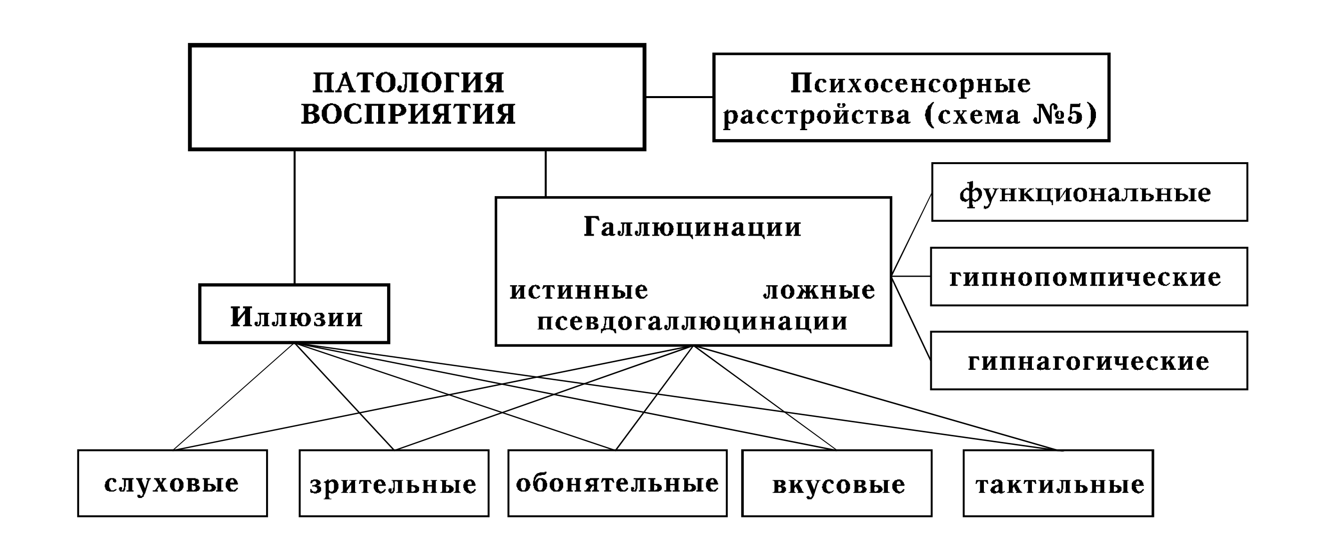

ПАТОЛОГИЯ ВОСПРИЯТИЯ
Психосенсорные расстройства (схема №5)
Иллюзии
Галлюцинации
истинные
ложные
псевдогаллюцинации
функциональные
гипнопомпические
гипнагогические
слуховые
зрительные
обонятельные
вкусовые
тактильные

СХЕМА №5

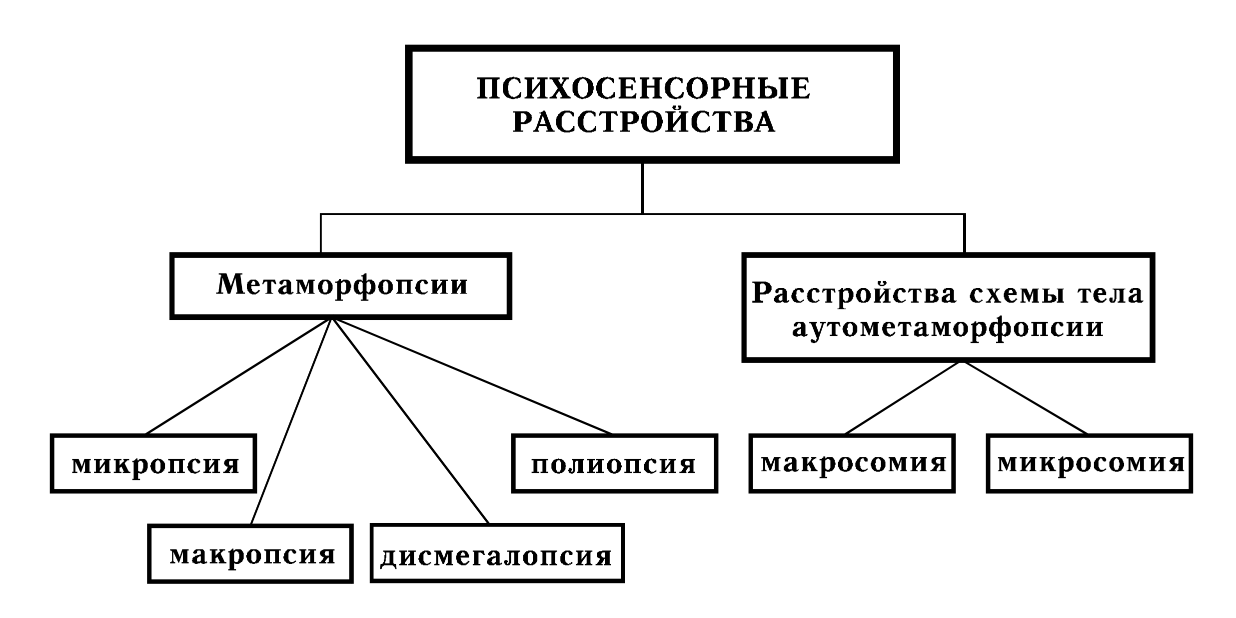

ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА
Метаморфопсии
Расстройства схемы тела аутометаморфопсии
микропсия
макропсия
дисмегалопсия
полиопсия
макросомия
микросомия

СХЕМА №6

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

- Гипермнезия
- Гипомнезия
- Парамнезии
  - псевдореминисценции (иллюзии памяти)
  - криптомнезии
  - конфабуляции (галлюцинации памяти)
- Амнезия
  - фиксационная
  - прогрессирующая
  - ретроградная
  - антероградная
  - антероретроградная
  - конградная

СХЕМА №7

КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ
синдром нарушения памяти

фисационная амнезия
парамнезии
ретро- и антероградная амнезия
сохрнность логического мышления

СХЕМА №8

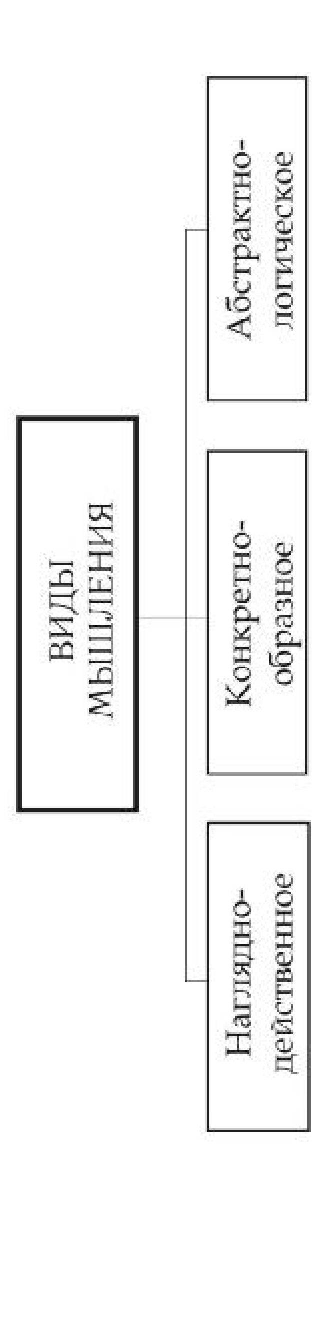
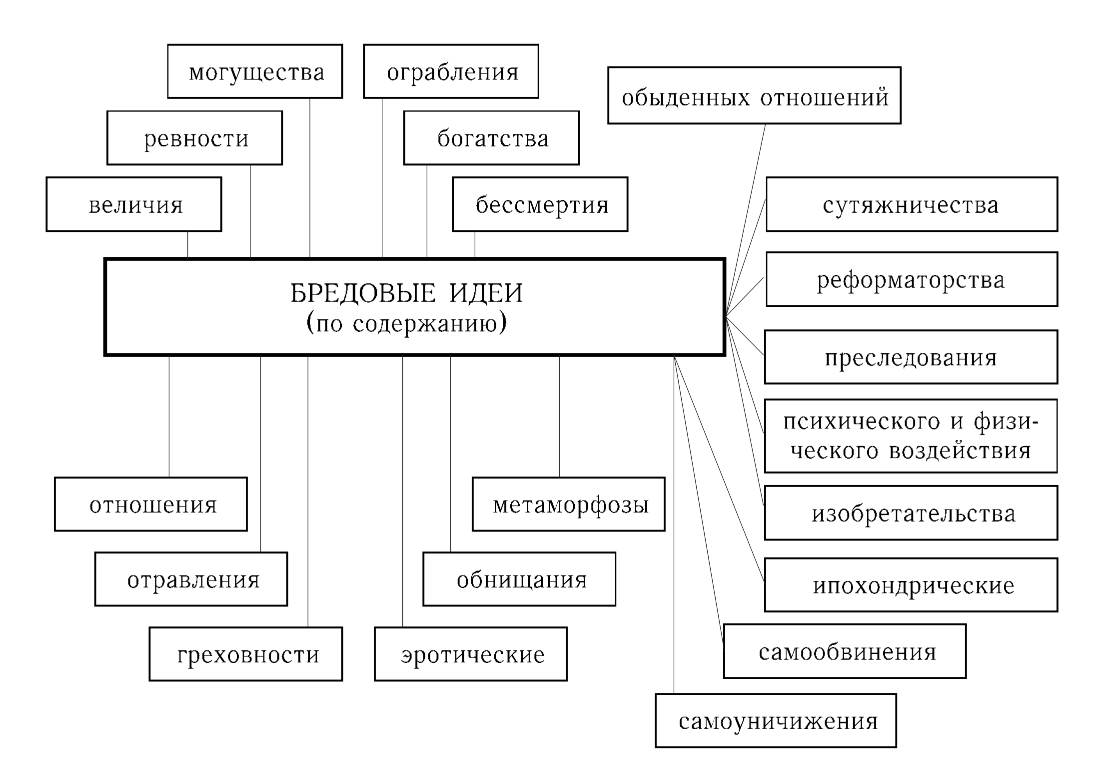

ВИДЫ МЫШЛЕНИЯ
Наглядно-действенное
Конкретно-образное
Абстрактно-логическое

СХЕМА №9



Патологическая продукция мышления (табл. №2)
НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ
Нарушение темпа
ускорение
замедление
скачка идей
Нарушения целенаправленности
обстоятельность
резонерство
формализм
аутистическое
неологизмы
символизм
разноплановое
паралогическое
Нарушение стройности
ментизм
обрыв мыслей
бессвязность
разорванность
тугоподвижность
закупорка (шперрунг)
вербигерация
персеверация

СХЕМА №10



БРЕДОВЫЕ ИДЕИ
(по содержанию)
могущества
ограбления
ревности
богатства
величия
бессмертия
обыденных отношений
сутяжничества
реформаторства
преследования
психического и физического воздействия
изобретательства
ипохондрические
самообвинения
самоуничижения
отношения
отравления
греховности
эротические
обнищания
метаморфозы

СХЕМА №11

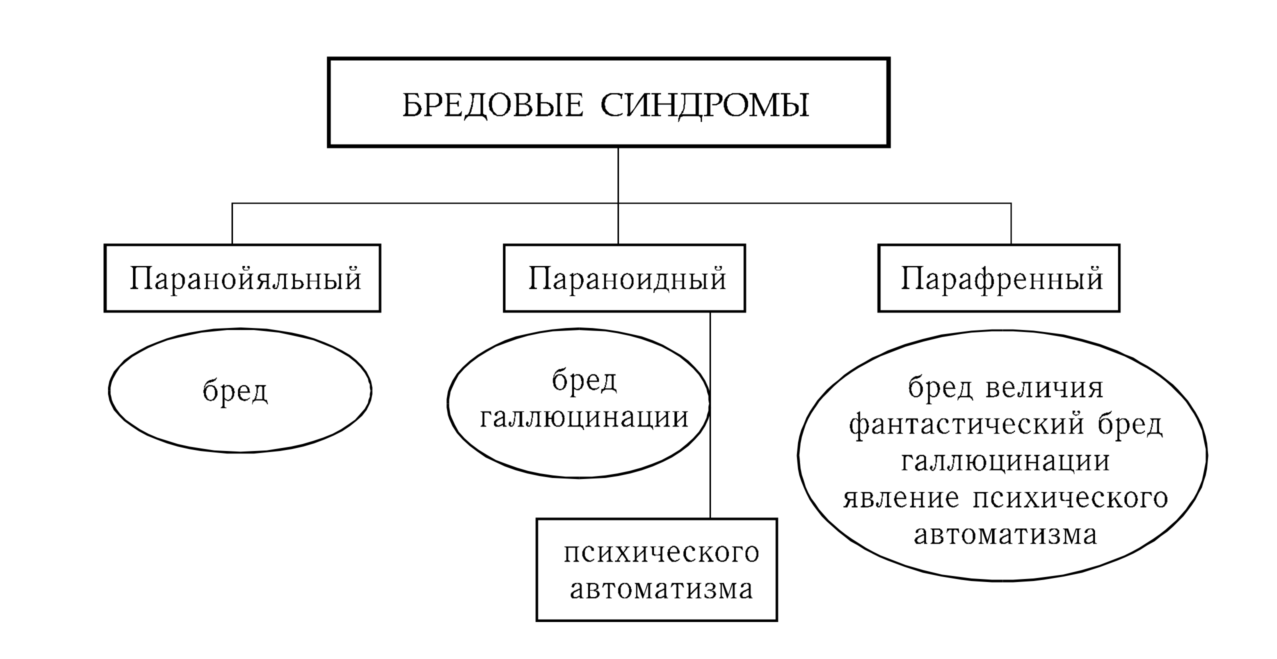

БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ
Паранойяльный
бред
Параноидный
бред
галлюцинации
психического
автоматизма
Парафренный
бред величия
фантастический бред
галлюцинации
явление психического
автоматизма

СХЕМА №12

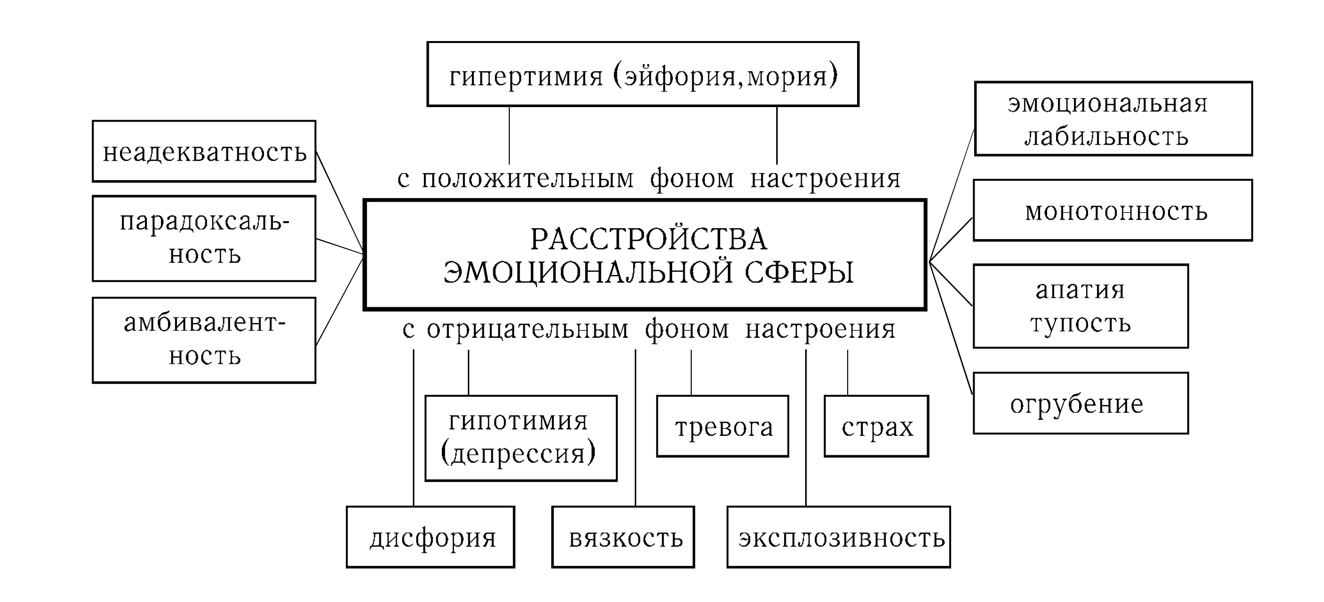

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ
с положительным фоном настроения
гипертимия (эйфория, мория)
с отрицательным фоном настроения
гипотимия (депрессия)
тревога
страх
дисфория
вязкость
эксплозивность
неадекватность
парадоксальность
амбивалентность
эмоциональная лабильность
монотонность
апатия тупость
огрубение

СХЕМА №13

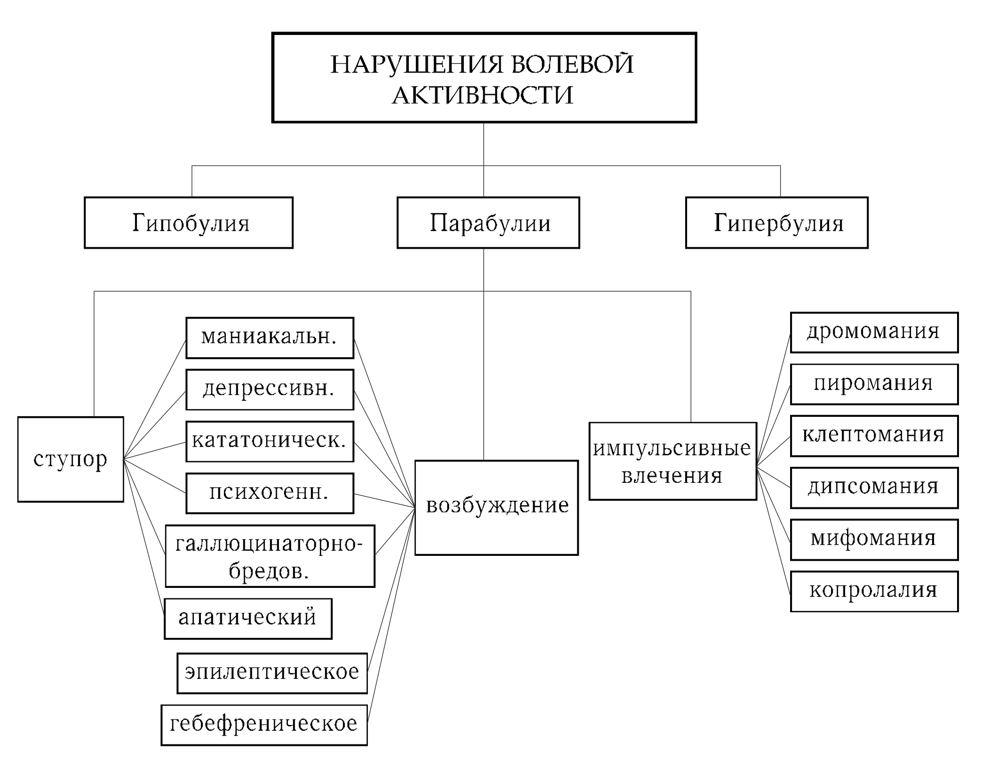

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ
Гипобулия
Парабулии
Гипербулия
ступор
маниакальн.
депрессивн.
кататоническ.
психогенн.
галлюцинаторно-бредов.
апатический
эпилептическое
гебефреническое
возбуждение
импульсивные влечения
дромомания
пиромания
клептомания
дипсомания
мифомания
копролалия

СХЕМА №14


ПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА
Олигофрения (врожденное или приобретенное в первые три года жизни слабоумие)
Деменция (приобретенное слабоумие)
дебильность
имбецильность
идиотия
тотальное
лакунарное
паралитическое
сенильное
эпилептическое
сосудистое
органическое

СХЕМА №15

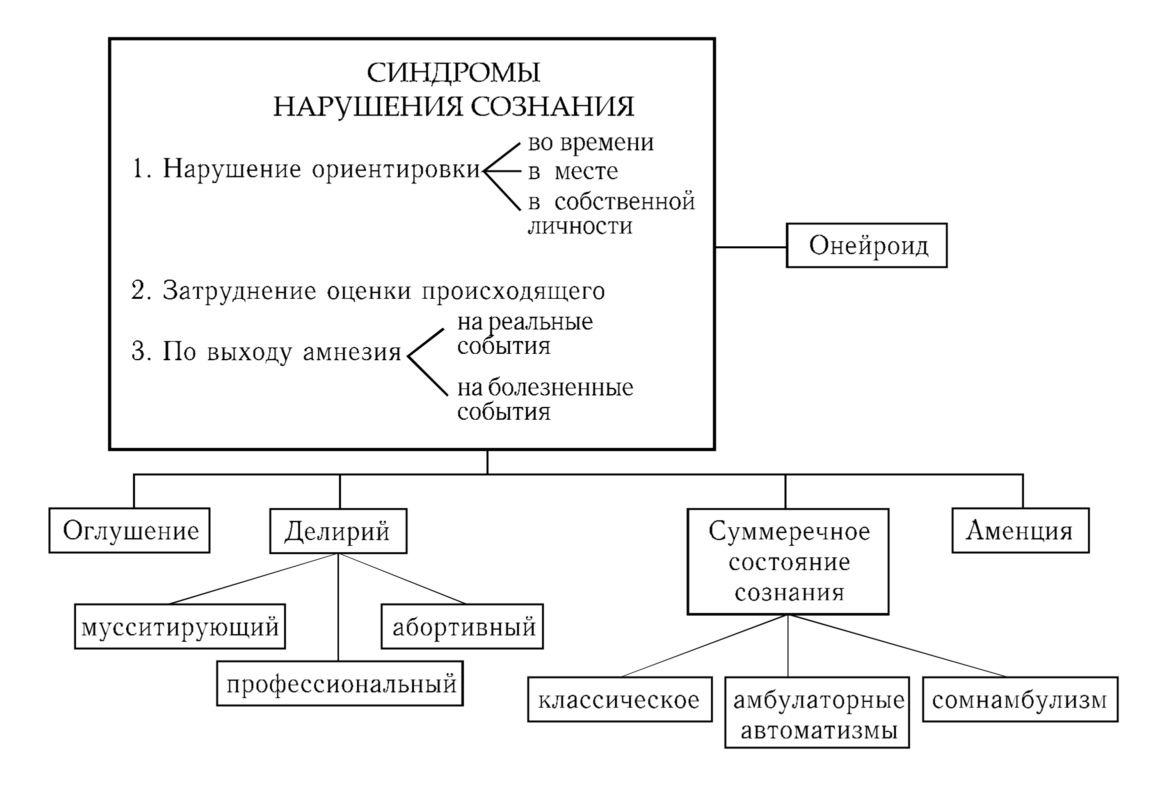

СИНДРОМЫ
НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ
1. Нарушение ориентировки
во времени
в месте
в собственной личности
2. Затруднение оценки происходящего
3. По выходу амнезия
на реальные события
на болезненные события
Онейроид
Оглушение
Делирий
мусситирующий
профессиональный
абортивный
Суммеречное состояние сознания
классическое
амбулаторные автоматизмы
сомнамбулизм
Аменция

СХЕМА №16

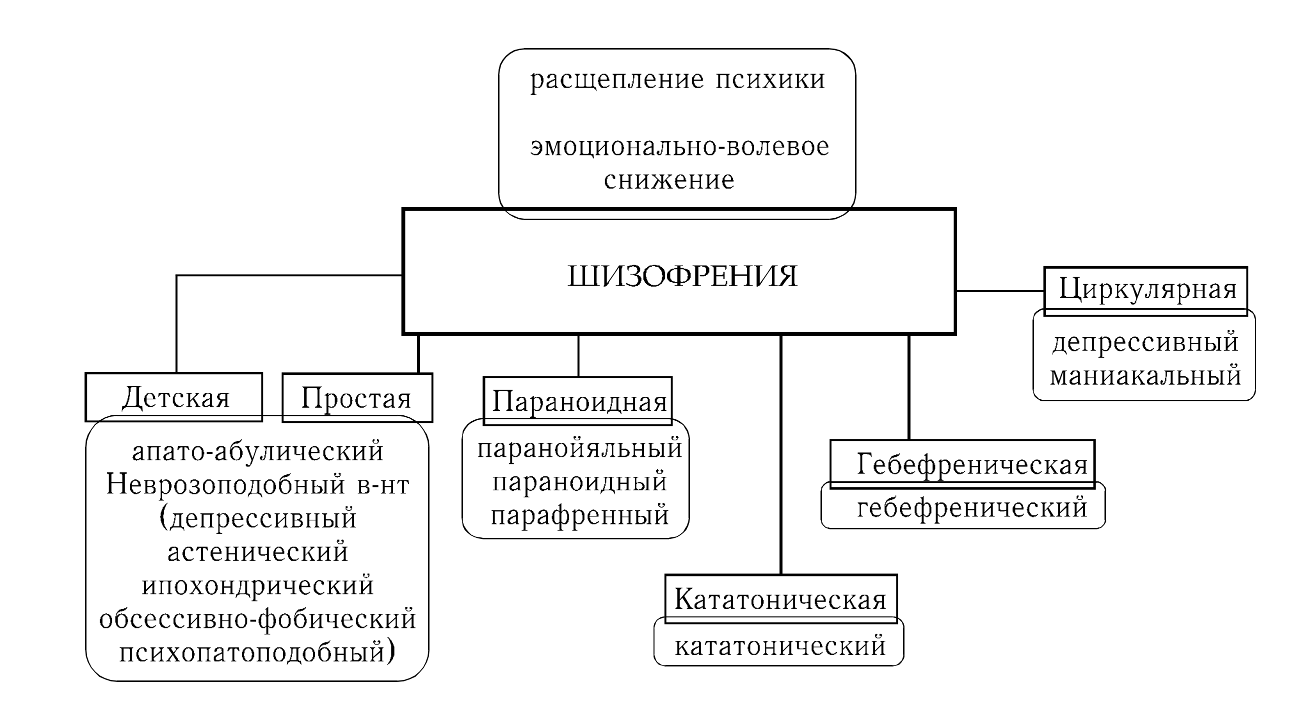

расщепление психики
эмоционально-волевое снижение
ШИЗОФРЕНИЯ
Детская
Простая
апато-абулический
Неврозоподобный в-нт
(депрессивный
астенический
ипохондрический
обсессивно-фобический
психопатоподобный)
Параноидная
паранойяльный
параноидный
парафренный
Кататоническая
кататонический
Гебефреническая
гебефренический
Циркулярная
депрессивный
маниакальный

СХЕМА №17

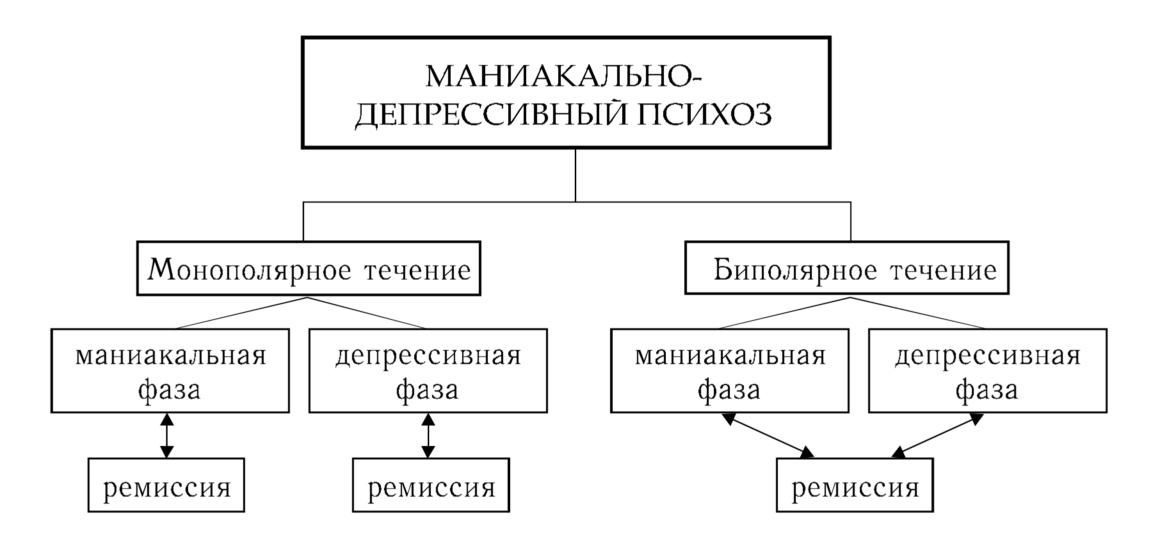

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ
Монополярное течение
Биполярное течение
маниакальная фаза
депрессивная фаза
маниакальная фаза
депрессивная фаза
ремиссия
ремиссия
ремиссия

СХЕМА №18

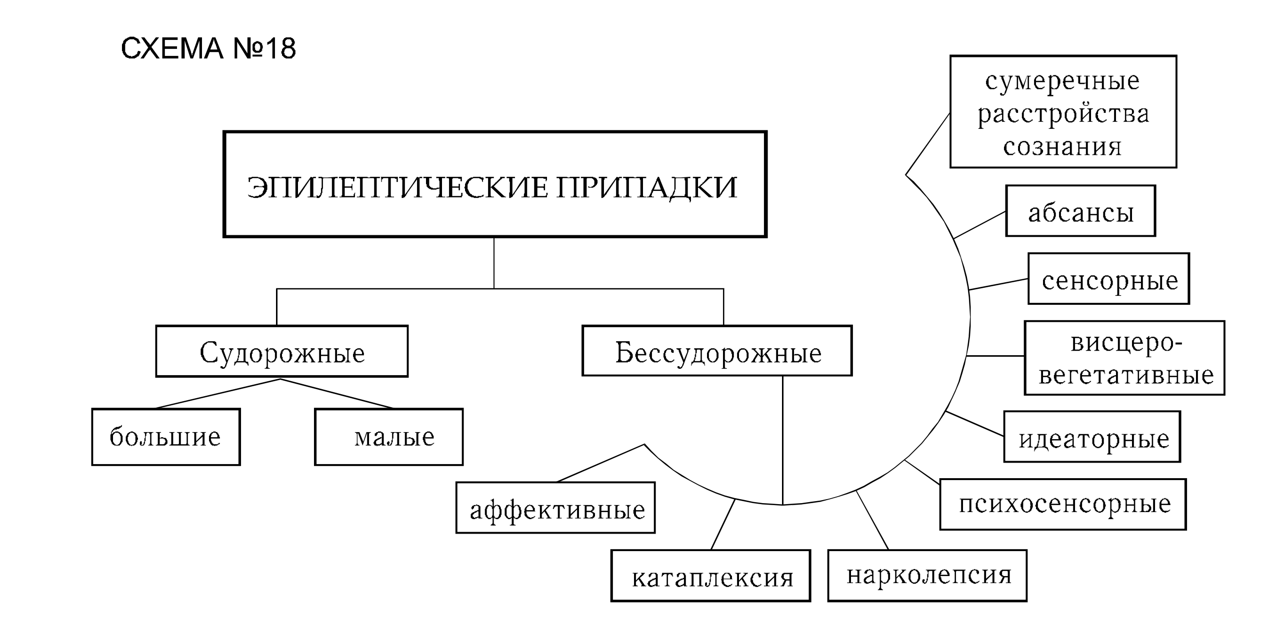

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ
Судорожные
большие
малые
Бессудорожные
сумеречные расстройства сознания
абсансы
сенсорные
висцеро-вегетативные
идеаторные
психосенсорные
нарколепсия
каталепсия
аффективные

СХЕМА №19

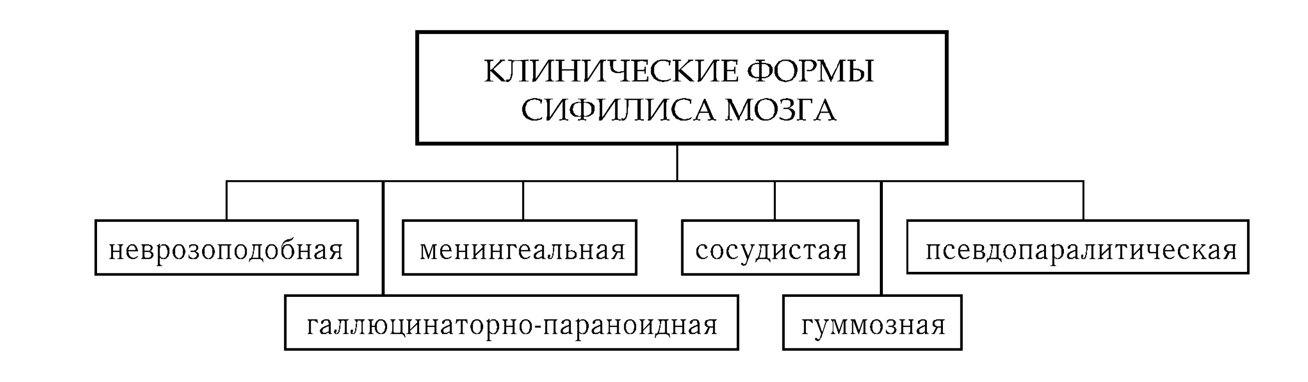

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СИФИЛИСА МОЗГА
неврозоподобная
менингеальная
сосудистая
псевдопаралитическая
галлюцинаторно-параноидная
гуммозная

СХЕМА №20
РАЗВИТИЕ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Б.Н. Пивень (1998 г.)

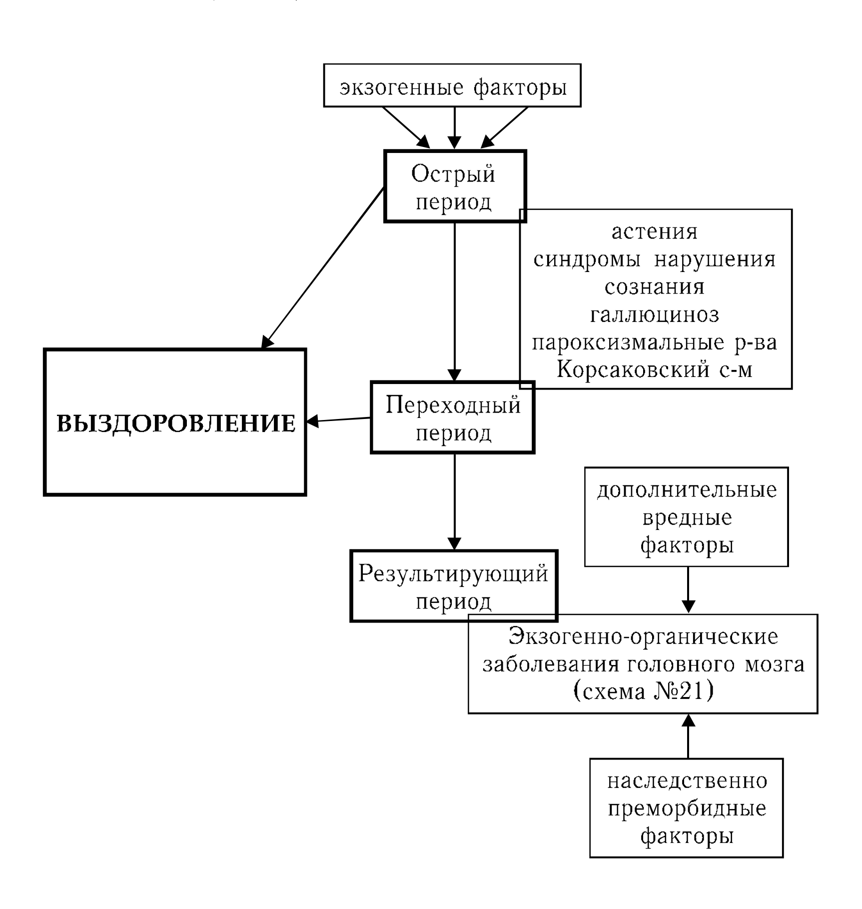


СХЕМА №21

Б.Н. Пивень (1998 г.)

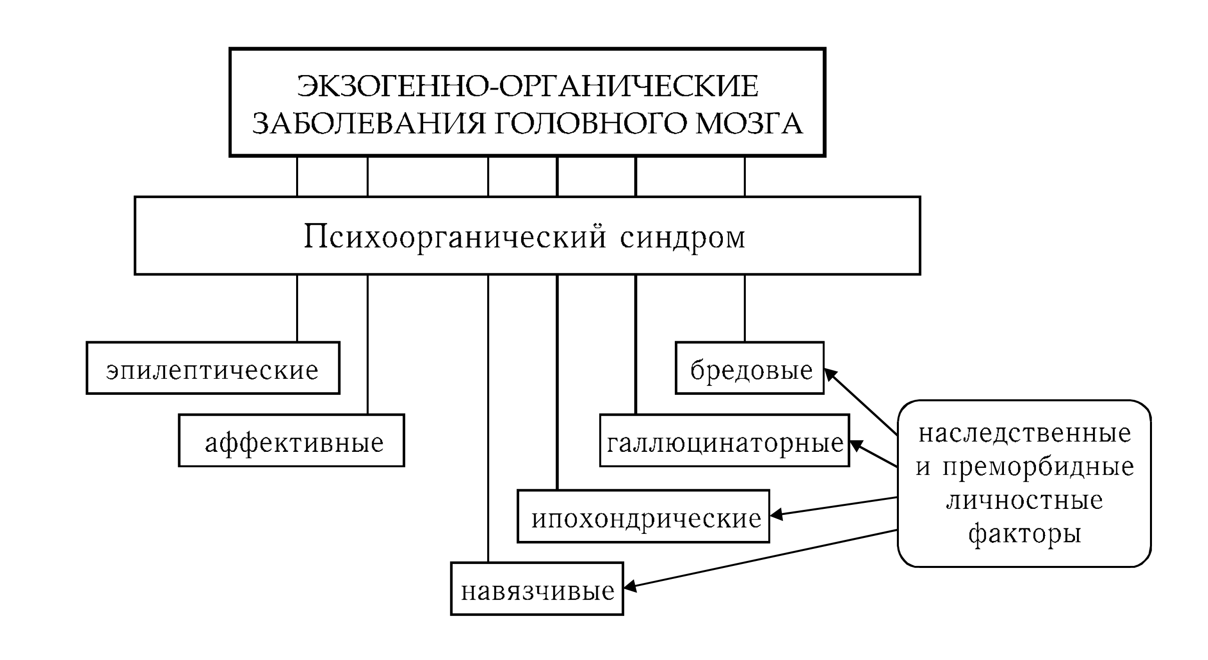


СХЕМА №22

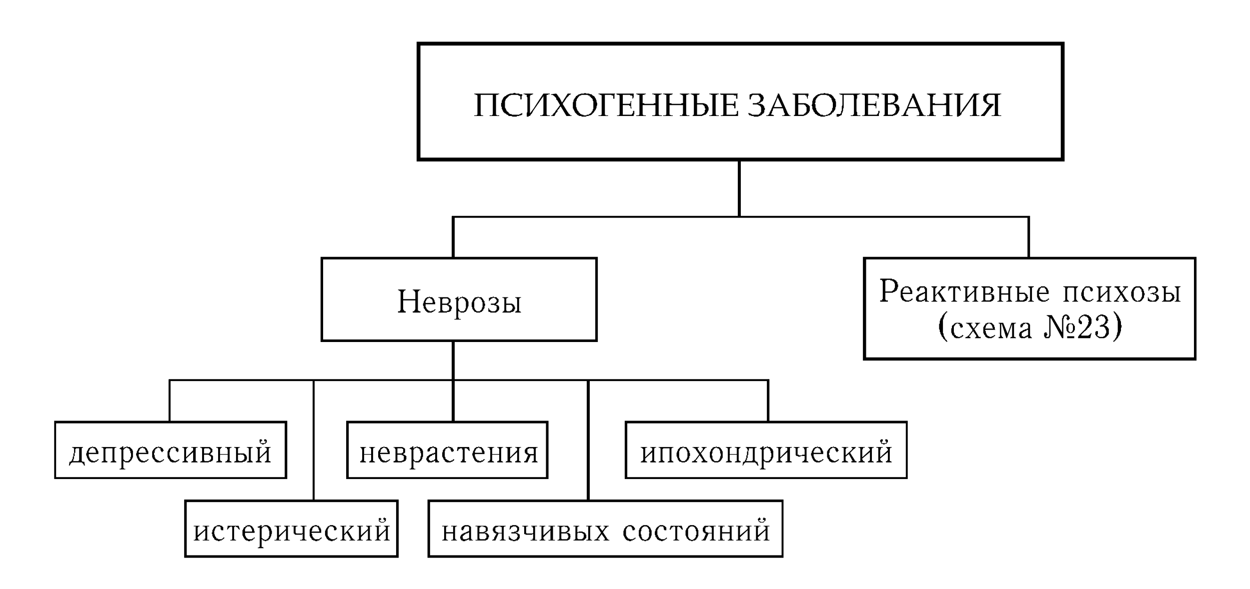

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Неврозы
Реактивные психозы
(схема №23)
депрессивный
истерический
неврастения
навязчивых состояний
ипохондрический

СХЕМА №23



РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ
Психогенные реакции
Затяжные реактивные психозы
гипокинетическая
гиперкинетическая
Собственно реактивные психозы
Пуэрилизм
Реактивный параноид
Реактивный галлюциноз
Реактивная депрессия
Псевдодеменция, с-м Ганзера

СХЕМА №24
ПСИХОЗЫ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

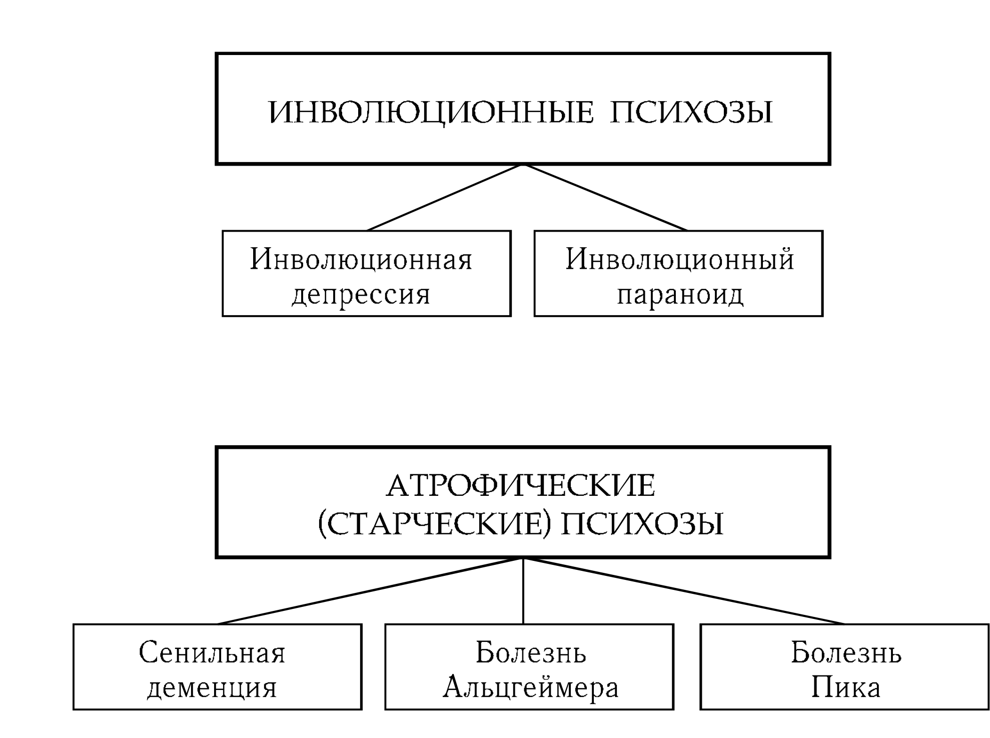
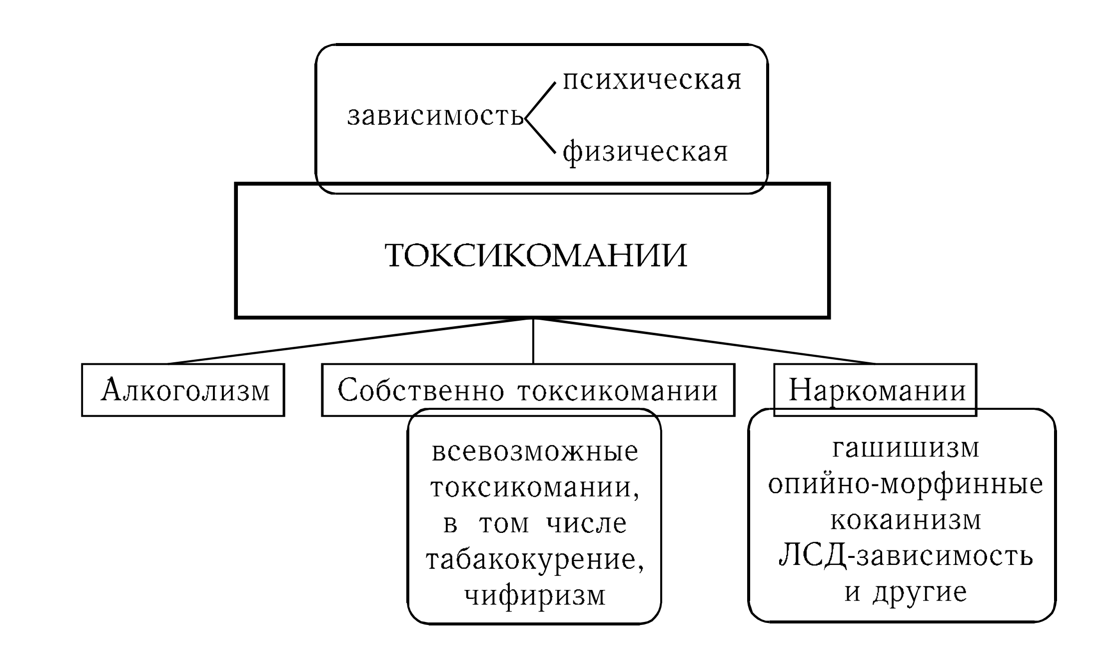


СХЕМА №25



зависимость
психическая
физическая
ТОКСИКОМАНИИ
Алкоголизм
Собственно токсикомании
Наркомании
всевозможные токсикомании, в том числе табакокурение, чифиризм
гашишизм
опийно-морфинные
кокаинизм
ЛСД-зависимость
и другие

СХЕМА №26

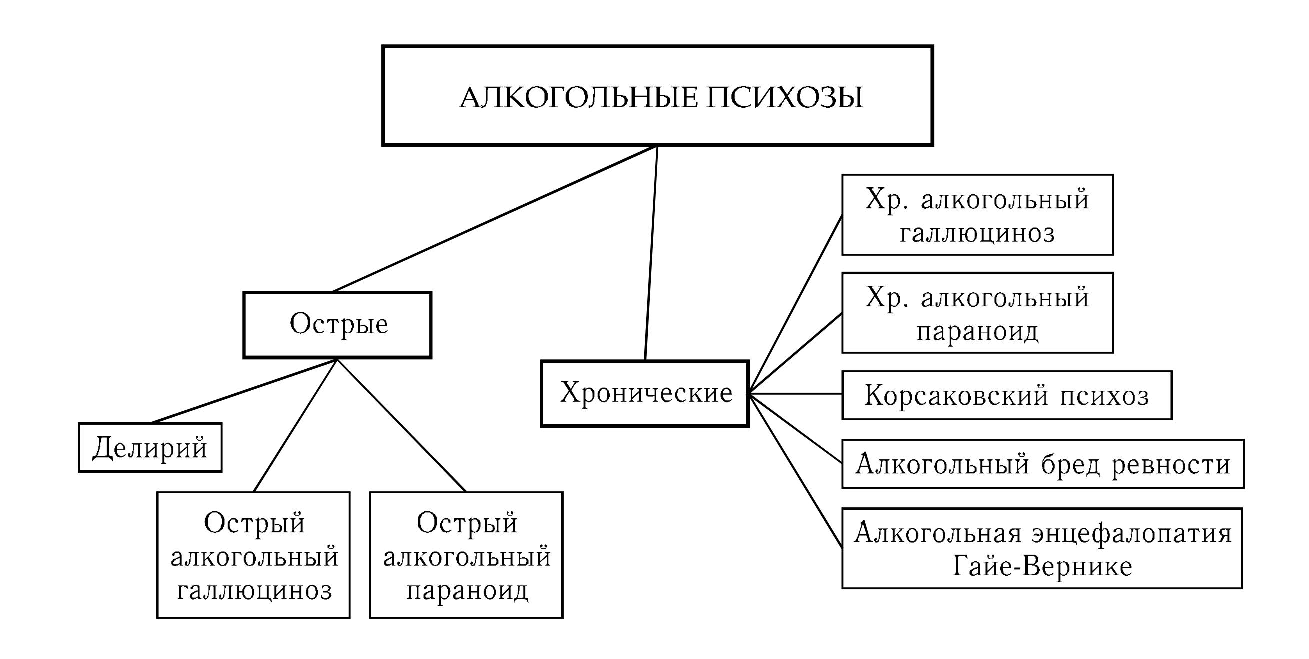
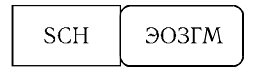

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ
Острые
Хронические
Делирий
Острый алкогольный галлюциноз
Острый алкогольный параноид
Хр. алкогольный галлюциноз
Хр. алкогольный параноид
Корсаковский психоз
Алкогольный бред ревности
Алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

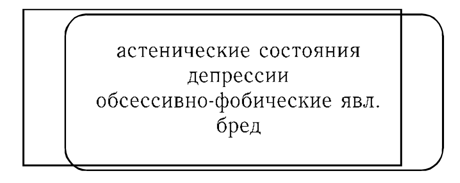
СХЕМА №27
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Б.Н. Пивень (1998 г.)

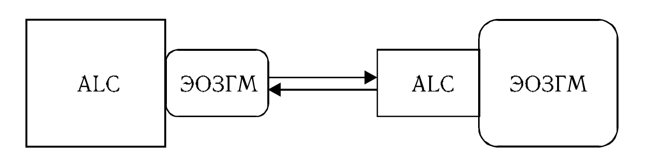
1. Полиморфизм клинической картины.



2. Наложение внешне сходных расстройств



3. Чередование доминирования в разные временные периоды признаков одного заболевания



4. Длительное перевалирование проявлений одного заболевания



5. Взаимовлияние сосуществующих заболеваний в сторону их утяжеления либо смягчения



Часть II

Обследование и курация психически больных

Современная психиатрия самым тесным образом связана практически со всеми медицинскими специальностями. В то же время психиатрия, как и любая другая клиническая дисциплина, имеет свойственный только ей объект изучения – психические нарушения человека. Их выявление и оценка осуществляются специальными методами, получившими в психиатрии название основных или клинических. К ним относятся беседа с больным, наблюдение за его поведением и сбор объективных сведений. Комплексное применение названных методов, естественно, при условии корректного анализа полученной с их помощью информации, позволяет составить реальную картину психического заболевания.

Психические расстройства во многих случаях являются прямым следствием поражения различных органов и систем, а также возникают как патологический тип психического реагирования на физическое неблагополучие. Кроме того, у больных с собственно психическими заболеваниями могут развиваться разнообразные формы соматической патологии. Поэтому для распознавания природы психических расстройств, дифференциальной диагностики, назначения обоснованного терапевтического вмешательства при исследовании больных с признаками нарушения психической деятельности широко применяются дополнительные методы: изучение соматического и неврологического статуса, глазного дна, электроэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгенография черепа, анализы биологических сред и жидкостей. К дополнительным методам относится широко вошедшее в повседневную психиатрическую практику патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование, результаты которого имеют большое значе-

ние в понимании характера и особенностей психопатологических проявлений.

Исследование психически больных и для опытного врача нередко сопряжено с серьезными трудностями, что обусловлено своеобразием психической патологии. Тем более понятны затруднения в обследовании и курации этой категории пациентов студентами, только приступающими к изучению психиатрии, и начинающими психиатрами.

Для облегчения выработки и закрепления у обучающихся умения самостоятельной работы по обследованию и ведению больных с психической патологией и предназначена настоящая часть методических рекомендаций.

В этой части в последовательной форме излагаются методы исследования психически больных, особенности их применения и интерпретации полученных с их помощью данных.

Большое внимание уделено написанию академической истории болезни. Ее оформление по рекомендуемой схеме является отчетом обучающегося о приобретенных умениях работы с больным, а изложение содержания по обследованию, диагностике и лечению больного – показателем развития его клинического мышления.

Беседа

Беседа является одним из основных методов исследования, применяющихся в психиатрии.

В первую очередь отметим, что сведения, полученные от больного, в психиатрии принято называть субъективными, т. к. они нередко не соответствуют реальному положению вещей. Это объясняется искажением оценок происходящего как с самим больным, так и с окружающим его миром в результате разнообразных психических расстройств (бредовых идей, галлюцинаций, интеллектуальных нарушений и т. д.). Причем в некоторых случаях больной может быть очень убедителен в своем рассказе, а приводимые им факты близки к возможным ситуациям и обстоятельствам. Поэтому для получения достоверной информации данные, сообщенные больным, часто приходится проверять и дополнять сведениями, собранными от лиц, хорошо знающих больного. Эти сведения

принято называть объективными. Кроме того, истинность фактов, излагаемых больным, подтверждается или, напротив, опровергается объективными законами и явлениями. Например, если больной утверждает, что он болен неизлечимым заболеванием (раком), при этом предъявляет разнообразные и трудно дифференцируемые жалобы, не доверяет многочисленным обследованиям различных специалистов, дающих отрицательные в плане данного заболевания заключения, то подобные его умозаключения будут расценены как не соответствующие действительности и квалифицированы как бредовые.

Большое значение в оценке сведений, получаемых от больного, имеет и их сопоставление с данными, установленными методом наблюдения за его поведением. Так, если при расспросе больной отрицает наличие у него галлюцинаций, а между тем периодически к чему-то прислушивается, то на диагностическое заключение должно повлиять, прежде всего, не то, о чем он говорит, а то, как он себя ведет. Или жалобы больного на сниженное настроение убедительно подтверждаются его согбенной позой, замедленными движениями.

При ряде психопатологических состояний (нарушения сознания, кататонические синдромы, глубокая депрессия, бредовые синдромы и т. д.) контакт с больным бывает значительно затруднен и даже невозможен. Однако есть специальные приемы, которые в части случаев могут его облегчить.

Один из них сводится к перемене места и условий беседы. Например, больной, отказывающийся от ответов на вопросы в палате, будучи приглашен в кабинет, начинает охотно давать о себе сведения, а затем доверительно сообщает врачу, что люди в палате вовсе не больные, а переодетые преследователи. Или больной с разорванностью мышления, из-за чего недоступен контакту в отделении, во время клинического разбора в присутствии большого количества врачей довольно логично и последовательно рассказывает об обстоятельствах своей жизни.

При мутизме кататонического происхождения контакта с больным можно достигнуть за счет письменной речи. Больному дается лист бумаги и карандаш и адресуется просьба отвечать на вопросы. В аналогичных случаях иногда помогает переход на шепотную речь.

При оглушении, напротив, вопросы нужно задавать громким голосом, повторять их. При этом требуется терпение и выдержка, т. к. ответы больного следуют со значительным латентным периодом. Точно так же отвечает и больной с глубокой депрессией.

При расспросе больного не следует прибегать к медицинским, а в частности психиатрическим, терминам, потому что большинство пациентов вообще не знают их значения. Если же они и осведомлены в этой области, то во многих случаях из-за отсутствия критического отношения к имеющимся переживаниям могут все равно дать неверный ответ. По этой причине, выявляя галлюцинации, бредовые идеи, психосенсорные расстройства и т. д., вопросы нужно формулировать в описательном утвердительно-нейтральном виде: «Не бывает ли так, что вы слышите что-то необычное, то, чего не должно быть в это время?», «Не случается ли так, что вы испытываете на себе какие-то воздействия?».

При распознавании некоторых расстройств (бредовые, навязчивые и сверхценные идеи, галлюцинации) требуется выяснение отношения больного к своим переживаниям — его убежденность в истинности происходящего, возможность изменить точку зрения, вероятность коррекции. Все это вызывает необходимость попытки разубедить больного, поставить под сомнение его суждения. Но делать этого в прямой форме не рекомендуется, т. к. пациент может неверно истолковать подобные действия, а в результате обидеться из-за недоверия к нему, замкнуться в своих переживаниях, включить беседующего в круг бредовых построений. Поэтому здесь более уместен нейтрально-предположительный тон задаваемых вопросов и рассуждений опрашивающего: «Может быть вам показалось все это?», «То, о чем вы рассказываете, как-то не совсем согласуется с известными фактами и событиями», «Может быть вы неверно поняли слова и поступки окружающих?».

В части случаев при недостаточной контактности больного беседа с ним предваряется сбором объективных сведений, что дает возможность последующего целенаправленного расспроса.

Детальное изложение см. в разделе «Особенности проведения клинической беседы».

Наблюдение

Наблюдение является одним из основных методов, применяемых в психиатрии, посредством которого можно получить объективные сведения о больном. Наблюдение начинается еще до сбора анамнеза, продолжается во время расспроса и не прекращается после установления диагноза.

При кажущейся простоте этого метода, ему нужно целенаправленно учиться. Необходимы навыки и опыт, чтобы метод наблюдения «заработал» и приносил врачу необходимую информацию. Причем важно не просто смотреть на больного, но наблюдать и выявлять определенные признаки, свидетельствующие о болезненном состоянии, а потому, приступая к обследованию, врач должен знать, что он хочет выявить, уточнить или проверить.

Следует обращать внимание на внешний вид больного: как он одет, соответствует ли стиль одежды возрасту, полу, сезону, следит ли за своей внешностью, прической. Если это женщина – использует ли косметику, бижутерию и как использует – чрезмерно или в меру, неброско или крикливо, вычурно. О многом может рассказать выражение лица – скорбное, гневливое, восторженное, настороженное и т. д. и выражение глаз – тусклые, матовые, «светящиеся», радостные, «искрящиеся» и т. д. Каждая эмоция, каждое душевное состояние имеет свое внешнее выражение с многочисленными оттенками и переходами, надо только уметь их разглядеть. Нужно обращать внимание на осанку и походку больного, манеру поведения, позу, в которой он стоит, сидит и лежит.

Следует обращать внимание и на то, как реагирует больной на контакт с врачом: доброжелательно, угодливо, пренебрежительно, высокомерно, агрессивно, негативно. Врывается в комнату, без приглашения усаживается на стул, развалившись, забросив нога на ногу, ставит врачу условия, на которых он согласен лечиться, или, войдя в кабинет, скромно переминается с ноги на ногу. Завидев врача, вскакивает с постели и бежит по коридору, чтобы поздороваться с ним, или отворачивается к стене во время обхода. Отвечает на вопросы врача подробно, стараясь не упустить мельчайшей детали, или отвечает односложно, неохотно.

Можно выделить несколько приемов наблюдения. *Наблюдение в процессе беседы с больным*. Оно позволяет отметить особен-

ности реагирования больного на вопросы врача, его реакцию на болезнь, на факт госпитализации и т. д. *Наблюдение в искусственно созданной ситуации*, например, в ситуации «свободного выбора действий», когда врач, сидя перед больным, ни о чем его не спрашивает, предоставляя больному возможность самому задавать вопросы, предъявлять жалобы, излагать свои мысли, свободно перемещаться по кабинету. *Наблюдение в естественной ситуации*, когда больной не знает, что за ним ведется наблюдение. Данный вид наблюдения используется в психиатрическом стационаре, причем не только врач, но и медсестры, санитары должны владеть им. Приемлем он при посещении больного на дому, в цехе лечебно-трудовых мастерских.

Посредством наблюдения за состоянием больного и проявлениями его болезни можно, например, отличить эпилептический припадок от истерического, патологическое опьянение от простого. Следует отметить, что в детской психиатрии наблюдение является подчас единственным методом выявления психической патологии, поскольку у ребенка в силу рудиментарности психических расстройств, недостаточной их осозноваемости и вербализации расспрос не всегда приводит к получению необходимой информации.

Наблюдая больного в течение определенного времени, обращая внимание, скажем, на выраженность кататонических симптомов, признаки бреда, маску депрессии, врач может предположить характер динамики болезненного состояния и оценить эффективность проводимой терапии.

Если больной с тяжелым хроническим заболеванием, прежде неопрятный, приходит на прием в чистой и аккуратной одежде, то можно думать, что процесс социальной адаптации в данном случае идет успешно.

Подчеркивая важность метода наблюдения для диагностики психического состояния, в качестве примеров приведем особенности поведения больных при некоторых психопатологических состояниях.

Галлюцинации. Поведение больного при галлюцинациях зависит от характера галлюцинаторных переживаний: зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых, тактильных, истинных, ложных, а также от остроты их проявления. При *зрительных галлюцинациях* создается впечатление, что больной всматривается во

что-то. Он может показывать на место расположения галлюцинаторных образов, обсуждать с присутствующими детали зрительных обманов, комментировать их. О наличии зрительных галлюцинаций может свидетельствовать внимательный, пристальный взгляд больного в определенном направлении, где нет реальных объектов, а также его живая мимика, пронизанная удивлением, любопытством. Если галлюцинации приятны больному, на его лице видна мимика удовольствия, если носят устрашающий характер – мимика ужаса, страха.

Если у больного *слуховые галлюцинации*, то он прислушивается, прикладывает руку к уху, чтобы лучше услышать, просит окружающих разговаривать тише или, напротив, затыкает уши, укрывается с головой одеялом. Он может что-то бормотать, вне связи с ситуацией произносить фразы, имеющие характер вопросов, ответов. Он может, «услышав» звонок, идти открывать дверь или снимать телефонную трубку.

При *обонятельных галлюцинациях* больной ощущает несуществующие запахи, затыкает нос или принюхивается, устраивает скандал соседям, считая, что они напускают в его комнату газы, или, чтобы избавиться от запахов, производит обмен квартиры.

Больной с *вкусовыми галлюцинациями*, ощущая у себя во рту стойкий, неприятный привкус, часто сплевывает, прополаскивает рот водой, интерпретируя их как проявления заболевания желудочно-кишечного тракта, часто обращается за помощью к терапевту. При обонятельных и вкусовых галлюцинациях характерен отказ от еды.

О *тактильных галлюцинациях* могут свидетельствовать расчесы кожи.

При истинных галлюцинациях больной эмоционален, его поведение в значительной степени определяется галлюцинаторными переживаниями, их содержание он нередко обсуждает с окружающими. При псевдогаллюцинациях поведение больного больше однообразно, монотонно, выражение лица гипомимично, отрешено, задумчиво, больной как бы погружается в себя, в свои мысли, о своих переживаниях говорит неохотно.

При остром галлюцинозе больной некритичен к галлюцинаторным переживаниям и, не задумываясь, выполняет приказы «голосов». При хроническом галлюцинозе может появляться кри-

тическое отношение и вместе с ним возможность управлять своими поступками. Например, больной, почувствовав ухудшение своего состояния, сам приходит на прием к психиатру.

Бред. Внешний вид и поведение больного с бредовыми переживаниями определяется фабулой бреда. Больной с *бредом ревности* ведет себя подозрительно по отношению к предмету ревности, следит за ним, хронометрирует время ухода и прихода его из дома, устраивает проверки, допросы.

Больной с *бредом изобретательства* старается внедрить свои изобретения, пишет письма в различные инстанции, от которых зависит признание его идей, забрасывает свою основную работу, не допускает мысли, что изобретения его абсурдны или являются плагиатом.

Бред преследования делает больного настороженным, подозрительным. Больной скрывается от своих «преследователей», прячется, иногда, защищаясь, нападает.

Больные с *ипохондрическим бредом* нередко встречаются в практике врачей-интернистов. Они настойчиво добиваются медикаментозного и хирургического вмешательств в связи с существующим, по их мнению, неизлечимым заболеванием. Больные с синдромом дисморфомании встречаются в практике врачей-стоматологов и косметологов, требуя исправить тот или иной мнимый дефект в области лица или устранить то заболевание, которое является якобы причиной дурного запаха изо рта.

Маниакальное состояние. Маниакальное возбуждение характеризуется стремлением к деятельности. Больной постоянно чем-то занят. Он принимает участие в уборке помещения, декламирует стихи, поет песни, организует «художественную самодеятельность», помогает санитарам кормить ослабленного больного. Его энергия неистощима, настроение приподнято, радостно. Он вмешивается во все дела, берется за любую работу, но не доводит ее до конца, переключаясь на новые виды деятельности.

Депрессия. При депрессии лицо и глаза приобретают характерное выражение печали, скорби. Лоб прорезает глубокая складка (Дельта меланхолика), углы рта опущены, зрачки расширены. Голова опущена. Больной обычно сидит на краешке стула или кровати в согбенной позе.

Кататоническое возбуждение. Кататоническое возбуждение может иметь характер растерян- но-патетического возбуждения с вычурностью, манерностью, негативизмом (бессмысленным противодействием: дают есть – он отворачивается; при попытке унести пищу – жадно ее хватает). Движения больного не составляют законченного осмысленного действия, а приобретают характер двигательных автоматизмов, стереотипий, становятся импульсивными, непонятными для окружающих. Нередко отмечается немотивированный смех, эхолалии, эхопраксии, яктации, бесцельный бег по кругу (манежный бег), однообразные прыжки и т. д.

Гебефреническое возбуждение. Гебефреническое возбуждение проявляется выраженным двигательным беспокойством с элементами эйфории и дурашливости, грубого клоунизма. Больные принимают необычные позы, бессмысленно кривляются, гримасничают, передразнивают других, кувыркаются, обнажаются, иногда их движения напоминают движения животных. На высоте импульсивного возбуждения могут проявлять бессмысленную ярость: разбрасывают пищу, разрушают все, что попадается под руку, с одинаковой стремительностью и силой нападают и на людей, и на вещи, яростно и бессмысленно сопротивляются каждой попытке их удержать, накормить, дать лекарство.

Кататонический ступор. Больной становится молчаливым (мутизм), обездвиженным. У него повышается мышечный тонус. Можно обнаружить такие проявления кататонического ступора, как симптомы зубчатого колеса, хоботка, восковой гибкости, эмбриона, воздушной подушки. Кожные покровы становятся сальными.

Истерическое состояние. Наблюдается выраженная эмоциональная лабильность с бурным проявлением чувств, быстрой сменой симпатии и антипатии к окружающим. Мимика, жесты больных – все поведение их искусственно, театрально, чаще жеманно. Обнаруживаются различные, функциональные по природе, чрезвычайно разнообразные по своим проявлениям расстройства: параличи, парезы, мучительные боли, немота, слепота, глухота и другие. Нередки вспышки бурного возбуждения с криком, слезами, заламыванием рук, разрыванием одежды, обмороки и припадки.

Объективные данные

В психиатрии к объективным данным относят сведения, полученные со слов лиц, хорошо знающих больного (в некоторых руководствах их называют сведения от информатора). Это родственники, члены семьи, знакомые. Очевидно, что лучше, чем родители больного, никто не расскажет врачу об особенностях протекания пре-, пери- и постнатального периода, не вспомнит родственников, которые, возможно, страдали психическими заболеваниями, не отметит перенесенных больным заболеваний. Из объективных сведений можно составить характеристику личностных и интеллектуальных качеств больного, его отношения к делу, к людям, к себе. Лица, наблюдавшие начало болезни или ее отдельные проявления, могут дать много полезной информации, позволяющей врачу оценить особенности течения болезненного состояния.

Для получения объективных данных врач может с согласия больного пригласить на беседу его родственников, попросить больного предоставить характеристику. Если он проводит судебно-психиатрическую экспертизу – ходатайствовать о дословании дела, когда в нем не достает необходимых объективных сведений.

Вместе с тем данные, полученные от названных лиц, не всегда бывают объективны, т. к. люди при оценке тех или иных обстоятельств нередко делают это с учетом своих знаний и опыта, т. е. вносят элемент субъективизма, кроме того они могут преследовать корыстные цели, а потому эти сведения нуждаются в тщательном сопоставлении и перепроверке.

Объективные сведения могут быть взяты также из медицинской документации (архивные истории болезни, амбулаторные карты), трудовой книжки (частая сменяемость мест работы, профессий, вредный характер производства).

Объективные сведения о психическом состоянии больного можно получить, изучая продукты его творчества: рисунки, записки, письма, заявления и жалобы в различные организации.

Отмечая важность получения объективных сведений, следует подчеркнуть, что их сбор непременно должен иметь корректный, деликатный характер, исключающий всякого рода компрометацию больного.

Дополнительные методы исследования

1. Общесоматическому обследованию необходимо уделить особое внимание, поскольку при ряде психических болезней тяжелые физические страдания проявляются стерто. Многие психически больные вследствие помрачения сознания, мутизма, недоступности, бреда, слабоумия не высказывают жалоб, несмотря на тяжесть своего соматического состояния. При наружном осмотре необходимо оценить телосложение, конституциональные особенности (гигантизм, карликовость, евнухоидизм), отметить, имеются ли признаки физического инфантилизма, раннего увядания, выявить телесные повреждения, следы физических травм, ранений, ожогов, суицидальных попыток. Большое значение имеет выявление признаков мужского строения у женщин (маскулинизм, гирсутизм – наличие усов, бороды) или женского строения у мужчин (феминизм). Следует тщательно осмотреть кожные покровы, их окраску, тонус, выраженность подкожножирового слоя, наличие высыпаний на коже, гнойничков, пролежней и т. д. При осмотре ротовой полости важно отметить имеющиеся рубцы слизистых щек и языка.

При оценке соматического состояния больного следует учитывать имеющиеся заключения врачей-интернистов (терапевтов, хирургов, гинекологов, эндокринологов и др.) в медицинской документации. При отсутствии таковых сведений и при подозрении на наличие какой-либо соматической патологии необходимо проконсультировать больного с этими специалистами.

2. Неврологическое обследование. Его необходимость объясняется тем, что ряд психических болезней возникает в результате органического поражения головного мозга.

Исследуется функциональное состояние черепных нервов, сухожильные рефлексы.

При выявлении патологии для уточнения ее характера необходимо проконсультировать больного у невролога.

3. Лабораторные исследования. Лабораторные исследования помогают диагностике заболевания (как соматического, так и психического), обеспечивают контроль над состоянием больных в процессе лечения (особенно важны такие исследования для выявления побочных эффектов и осложнений терапии). Значение об-

наруженных изменений в лабораторных тестах определяется лишь при тщательном сопоставлении с соматическими, неврологическими расстройствами и психическим статусом больного.

Должны проводиться исследования крови (общий анализ и биохимические показатели) и мочи. Учитываются анализы, имеющиеся в медицинской документации (например, исследование спиномозговой жидкости).

4. Рентгенография черепа. С помощью рентгенографии черепа можно установить изменения костей, наличие костных и металлических осколков в мозгу, по изменению конфигурации турецкого седла – поражение гипофиза. Рентгенография позволяет определить повышение внутричерепного давления. Об этом свидетельствуют выраженность «пальцевых вдавлений» и расхождение черепных швов, а также разрежение костной ткани задних клиновидных отростков и спинки турецкого седла.

5. Исследование глазного дна поможет диагностировать органические заболевания головного мозга, при этом будет иметь место сужение и извитость артерий сетчатки, расширение вен. При повышении внутричерепного давления на глазном дне отмечаются застойные соски зрительных нервов, стушеванность их границ и т. д.

6. Электроэнцефалография. Исследование электрической активности мозга широко применяется в психиатрии. При патологических процессах в головном мозгу обнаруживается ряд изменений биотоков мозга: появление частого ритма или, напротив, медленных волн – частотой 4-5 в секунду. Последние наблюдаются при отеках мозга, при повышении внутричерепного давления, коме, гипогликемии. Могут возникать также волны высокого вольтажа. Появление их объясняется гиперсинхронией в виде образования неритмичных, беспорядочных отдельных медленных дельта-волн или пароксизмальных ритмичных волн различной длительности и частоты от 3 до 25 и больше в секунду. Изучение электроэнцефалограмм позволяет судить не только об интенсивности, но и о локализации патологического процесса, помогает проводить дифференциальный диагноз.

7. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга позволяют оценить состояние костей черепа, размеры субарахноидального пространст-

ва и желудочков мозга, выявить смещение срединных структур, очаговые и диффузные изменения вещества мозга.

8. Экспериментально-психологическое исследование занимает особое место среди дополнительных методов, т. к. прямо направлено на изучение психической деятельности и личности. Оно дает возможность путем применения специальных экспериментально-психологических методик выявить структуру познавательных и эмоционально-волевых процессов, обнаружить и квалифицировать их нарушения, выявить сохранные стороны, установить индивидуальные характерологические и патохарактерологические особенности личности и тем самым предоставить сведения, необходимые для дифференциальной диагностики, оценки глубины нарушений, их прогноза.

8. 1. Исследование внимания. Последовательное вычитание из 100 по 7 или 200 по 13.

Отыскивание чисел по таблице Шульта. Исследование проводится с помощью специальных таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Обследуемому предлагается отыскивать числа по порядку. В норме на таблицу уходит 35-40 с. При рассеянном внимании или повышенной истощаемости увеличивается количество ошибок и экспозиция при отыскивании букв или чисел в изложенных методиках.

8. 2. Исследование памяти.

Запоминание 10 слов. Методика применяется для исследования способности к непосредственному краткосрочному и долговременному, произвольному и непроизвольному запоминанию. Пациенту зачитывают 10 двусложных слов и предлагают воспроизвести их в любом порядке. Затем процедура повторяется 5 раз. В норме все 10 слов должны быть фиксированы в памяти, а через 1 час должно быть воспроизведено 9-10 слов.

8. 3. Исследование мышления

Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Методика применяется для исследования способности к абстрагированию, уровня обобщений, целенаправленности и критичности мышления. Пациенту предлагают несколько общеупотребляемых пословиц и метафорических выражений и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл. Буквальное понимание пословицы или метафоры свидетельствует о конкретности мышления,

низком уровне обобщений. Анализируются точность, лаконичность, целенаправленность ответов. Особенности речевой продукции пациента могут указать на резонерство, обстоятельность, паралогичность мышления.

Ассоциативный эксперимент. Используется для анализа характера ассоциаций пациента и скорости их образования, дает возможность выявить значимые переживания («аффективные комплексы»), изучить некоторые свойства личности испытуемого. Зачитывают заранее подготовленный ряд слов (30-40 существительных) и предлагают отвечать как можно быстрее на каждое из них первым пришедшим в голову словом. Регистрируется время реакции и ответы пациента. Анализируют семантический уровень ответов, их адекватность стимулам, изменения времени реакции на различные по содержанию стимулы, внешние проявления эмоциональных реакций, соотношение времени реакции на заведомо нейтральные или ситуационно-значимые слова.

Для исследования интеллекта и личности используются психометрические методики и личностные опросники. Работа с ними требует специальной подготовки.

Академическая история болезни (схема)

Оформление титульного листа:
Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и наркологии
Зав. кафедрой____
Руководитель: асс. ____________________________________
Куратор ____
Группа ____

Академическая история болезни
БОЛЬНОГО____
Клинический диагноз:
(нозология, клиническая форма, синдром)
Начало курации ________________________________
Окончание______________________________________

Общие сведения

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Образование.
4. Профессия.
5. Семейное положение.
6. Род занятий (чем занимается в настоящее время).
7. Имеет ли инвалидность, группа.
8. Местожительство, адрес.
9. Кем направлен в стационар.
10. Причины госпитализации (с целью лечения, в связи с неправильным поведением, нелепыми высказываниями, экспертизы и т. д.).
11. Дата поступления.

I. Жалобы больного (на момент поступления). Описываются кратко, подлежат детализации те из них, которые высказываются активно. (Отклонения в психической сфере подробно освещаются в психическом статусе).

II. История заболевания (с учетом субъективных и объективных сведений).

В каком возрасте впервые были отмечены изменения в психической сфере? Возникли ли они внезапно или развивались постепенно. Какие вредности предшествовали возникновению заболевания: травма, инфекция, интоксикация или тяжелые психические потрясения. Установить срок от момента действия вредности до появления расстройств психической деятельности. Подробно остановиться на описании симптомов психических расстройств. Необходимо проанализировать, в какой последовательности возникали патологические явления. Первые признаки болезни – когда, какие. Изменения в характере (если появились), снижение трудоспособности, изменение отношения к близким людям, окружающим, изменение умственных способностей (памяти, сообразительности), мысли о самоубийстве, «видения», «голоса», страхи, суетливость, возбуждение, повышенная самооценка, агрессивные поступки и т. д.

Динамика: непрерывное нарастание болезненных симптомов, приступообразное их появление с последующим временным

улучшением или даже периодом полного исчезновения психопатологических расстройств. Лечился ли больной ранее в связи с данным заболеванием (дома, амбулаторно, в стационаре)? Как долго? Методы терапии? Диагноз?

Необходимо отметить изменение характера и нарушение трудоспособности после перенесенного психического заболевания.

Подробно остановиться на описании последнего обострения болезни, что послужило поводом обращения в психиатрическое учреждение. Кем направлен и причина помещения в стационар (неадекватное поведение, агрессивность, суицидальные мысли и попытки, отказ от пищи и т. д.).

Описать поведение и переживания больного перед госпитализацией и в процессе лечения до дня курации.

III. История жизни (с учетом субъективных и объективных сведений). При невозможности собрать анамнестические данные со слов родителей или родственников, объективные сведения о больном сообщаются куратору преподавателем.

Наследственность (по прямой, боковой и нисходящим линиям – схема родословной). Не страдали ли члены семьи психическими заболеваниями (особенности их клиники и течения), алкоголизмом, наркоманией, туберкулезом, сифилисом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, эндокринными заболеваниями, болезнями обмена веществ, злокачественными новообразованиями. Не отмечались ли в семье случаи самоубийств (возможные их причины), существенные странности в поведении. Далее необходимо привести личностные особенности ближайших родственников: матери, отца, сестер, братьев (спокойные – раздражительные; общительные – замкнутые; веселые, жизнерадостные, холодные, черствые, придерживающиеся буквы закона; решительные, властные – нерешительные, легко теряющиеся, уступчивые; эгоистичные – альтруистичные; стремящиеся быть в центре внимания – предпочитающие находиться в тени и т. д.), их хобби, род занятий.

Семейный анамнез. Возраст родителей к моменту рождения больного. Не связана ли их деятельность с вредным производством в прошлом, в настоящее время? Состав семьи, семейно-бытовые условия. Отношения между родителями (при наличии дедушки и бабушки взаимоотношения с ними). Кто ли-

дер в семье (т. е. с чьими мнениями считаются в семье, за кем последнее слово)? Отношение родителей к каждому ребенку. Избирательное отношение к кому-либо из детей подчеркнуть особо. Взаимоотношения между детьми. Отношение больного к родителям, дедушке, бабушке. К кому он привязан. Кто занимался его воспитанием в разные периоды. Социальные и воспитательные установки родителей к труду, обучению и пр. Характер воспитания: «гиперопека», «золушка», «кумир семьи», «гипоопека».

Генеративные функции матери. Количество беременностей, течение (осложнения, выкидыши, мертворожденные – их причина). Имелись ли случаи ранней детской смертности – причина ее.

Период беременности и родов. Психическое и физическое состояние матери в период беременности. Чем болела в это время (инфекции, интоксикации, травмы), характер лечения. Психотравмирующие ситуации. Токсикозы беременности. Роды: срочные, досрочные, их продолжительность. Трудные роды, наложение щипцов, родовые травмы. Состояние ребенка при рождении: закричал сразу, находился в асфиксии (синей, белой). Способы оживления. Рост и вес при рождении. Внешний вид (желтушность, деформация черепа, гематомы, судороги). Когда приложен к груди, сразу ли взял?

Развитие больного. Вскармливание, аппетит. Был спокойным или крикливым. Когда начал держать голову, сидеть, ходить? Развитие речи, правильность. Время появления фразовой речи. Навыки опрятности. Перенесенные заболевания до года. Признаки заболевания дошкольного периода (сноговорение, снохождение, ночные страхи, энурез, припадки, заикание и др.). Когда поступил в школу. Характер школы: массовая, вспомогательная, специальная, учеба на дому. Способности, успеваемость, отношение к учебе. Оставался ли на второй год, причины. Самооценка характера. Заболевания школьного периода, влияние перенесенных заболеваний на характер, успеваемость. Наличие обмороков, упорной бессонницы, сонливости, замкнутости, навязчивых состояний; склонности к бессмысленным, асоциальным поступкам, побегам из дома.

Характер больного после окончания учебы в школе. Когда начал трудовую деятельность. Как и где приобрел специальность, как справлялся с работой. Часто ли менял место работы, причина.

Отношение к воинской обязанности, служба в армии, участие в войнах. Ранения и контузии (указать, имелась ли при этом потеря сознания и на какое время); где и сколько находился на излечении, был ли после окончания лечения демобилизован или продолжал службу.

Изменения характера и трудоспособности после ранения и контузии.

Половая и семейная жизнь. Состав семьи больного. Количество беременностей, родов, мертворожденных, выкидышей. Венерические заболевания. Здоровье детей. Взаимоотношения в семье, кто лидер? Бытовые условия. Материальная обеспеченность. Перенесенные заболевания (травмы головы, нейроинфекции, интоксикации, длительные соматические и инфекционные заболевания и т. п.).

Вредные привычки: употребление алкоголя, с какого возраста, в каком количестве. Поведение в состоянии алкогольного опьянения. Отношение к алкоголю, наличие влечения к алкоголю. Курение. Употребление наркотиков и иных токсических веществ, эпизодическое, периодическое, постоянное.

Характерологические особенности сложившейся личности: общителен, малообщителен, замкнут, скрытен, недоверчив, мнителен, тревожен, робок, подозрителен, застенчив, развязен, неуживчив, конфликтен, злобен, лжив, злопамятен и т. д.

Изменение характера и трудоспособности при климаксе и инволюционном периоде.

IV. Состояние больного в настоящее время

1. Соматическое состояние. Обследовать больного самостоятельно и описывать так же, как в соматических клиниках, но более кратко, подробно описывать лишь отклонения от нормы.

При осмотре следует обратить внимание на наружные повреждения, следы физических травм, ранений, ожогов, суицидальных попыток.

Описываются телосложение, признаки аномального развития, физического инфантилизма, раннего увядания.

Питание, кожные покровы (тургор, окраска, сухость, сальность, потливость, пигментация, оволосение) и слизистые (окраска, рубцы слизистых щек, состояние языка). Лимфатическая сис-

тема. Костно-мышечная система. Дыхательная система: перкуторный звук, хрипы. Кровеносная система: границы относительной сердечной тупости, тоны, пульс, кровяное давление. Печень и селезенка, стул, мочеполовая система.

2. Неврологическое состояние. Самостоятельно обследовать нервную сферу и описать кратко. Общемозговые симптомы (головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернинга). Описать состояние черепно-мозговой иннервации.

Двигательная сфера. Параличи, парезы. Активные и пассивные движения. Объем их. Тонус мышц, сила. Координаторные пробы. Походка, мимика. Чувствительная сфера. Поверхностная чувствительность и глубокое мышечно-суставное чувство.

Рефлекторная сфера. Сухожильные рефлексы. Кожные (брюшные, подошвенные) рефлексы. Патологические рефлексы. Клонусы стоп и коленных чашечек. Защитные рефлексы. Сосательные рефлексы.

Вегетативная нервная система. Потливость. Дермографизм. Проба Ашнера.

3. Данные основных лабораторных исследований. Приводятся общий анализ крови и мочи. Рентгеноскопия грудной клетки. При наличии соматической патологии необходимо использовать биохимические, серологические, инструментальные методы, сделать выписки из заключений других специалистов (терапевта, инфекциониста и др.). При органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии необходимы данные рентгенографии черепа, электроэнцефалограммы, реографии, комьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, заключения окулиста, невропатолога.

4. Психическое состояние. Обратить внимание на описание психического статуса. Необходимо использовать психологические методы исследования, пользоваться методическими разработками по выявлению расстройств всех сфер психической деятельности: сознание, восприятие, мышление, память, интеллект, эмоции, воля. Статус пишется в динамике: сначала описываются поведение и переживания больного на момент курации, а затем дается их динамика в дневниках при последующем наблюдении.

Внешний вид больного (мимика, поза, жесты, движения). Особенности общения с больным. Способность к контакту – общи-

тельность, отзывчивость на окружающее (синтонность). Как быстро устанавливается контакт, избирательность контакта.

Состояние сознания: ориентировка больного в собственной личности, месте, времени и окружающей обстановке. Объем, переключаемость, устойчивость внимания. Быстрота восприятия. Иллюзии. Галлюцинации: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные. Псевдогаллюцинации. Содержание обманов восприятия. Их множественность и постоянство. Объективные признаки галлюцинаций. Явления деперсонализации и дереализации. При описании психического статуса не следует пользоваться терминами «сенестопатии», «галлюцинации», «бред» и т. д., представляющие по своей сути выводы, а давать описательную характеристику переживаний больного. Например, вместо «испытывает вербальные галлюцинации угрожающего характера» следует писать: «слышит разговоры соседей, которые хотят его убить» и т. д.

Бредовые идеи (структура и содержание). Навязчивые состояния: мысли, страхи, действия. Сверхценные идеи. Состояние критики. Отдельные высказывания больного нужно цитировать дословно, можно использовать выписки из писем больного, дневников, заявлений, отражающих его болезненные расстройства.

Воспроизведение событий давно прошедшего, общественной и личной жизни (годы начала и окончания войн, даты других общественных событий, даты поступления в школу, женитьбы и т.д.). Воспроизведение имеющихся школьных знаний. Воспроизведение недавних событий. Запоминание трехзначных чисел. Пробелы воспоминаний. Период времени, охватывающий этот пробел, и воспроизведение событий, предшествующих ему и следующих за ним. Обманы памяти и их содержание.

Соответствие интеллекта возрасту, среде и полученному образованию. Способность пользоваться понятийным мышлением, в частности способность к абстракции и обобщениям (вычленение абстрактного смысла пословиц, задачи на обобщение, различие и т. д.). Темп ассоциаций (ускорение или замедление). Явления разорванности, бессвязности. Эхолалия. Резонерство. Обстоятельность.

Особенности эмоциональной жизни. Соответствие «эмоций восприятию, мышлению и действию. Настроение (повышенное, пониженное), устойчивость настроения. Выражение настроения в

мимике и пантомимике. Маниакальное состояние. Депрессивное состояние. Эйфория. Раздражительная слабость. Снижение эмоциональной возбудимости. Эмоциональная тупость. Дисфория.

Волевые действия. Преобладание активного или пассивного внимания. Устойчивость внимания. Наличие интересов, желаний, стремлений. Способность к выполнению принятого решения. Повышенная внушаемость. Ослабление воли. Нерешительность. Абулия и ее проявления в виде отсутствия целенаправленной активности. Наклонность к аггравации, симуляция, диссимуляция. Мимика, жесты. Мутизм. Негативизм. Застывание в позах. Различные формы двигательного возбуждения. Манерность, стереотипии. Извращение влечений.

В конце статуса отразить отношение больного к своим переживаниям, поведение в отделении, планы и установки на будущее.

V. Предварительный диагноз

VI. План дополнительных методов исследования

Лабораторные, инструментальные, экспериментально-психологические исследования).

VII. Дневники

Акцент делается на кратком описании психопатологической картины изменений состояния больного. Из соматических данных отметить АД, температуру тела, пульс. На полях следует перечислить получаемое в конкретный день лечение.

VIII. Клинический диагноз с его обоснованием

Здесь куратор должен показать умение клинически мыслить. Вначале необходимо обосновать диагноз синдромологический (на основании анализа психического состояния и данных анамнеза болезни, предшествовавших периоду госпитализации). Затем дать оценку всей истории болезни и течения заболевания и вывести предположительный клинический диагноз на основании симптомов, характерных для той или иной болезни.

IX. Дифференциальный диагноз

В дифференциальном диагнозе следует использовать лишь симптоматику конкретного больного. Дифференциация проводится с другими заболеваниями со сходной симптоматикой по ведущему клиническому синдрому с непременным учетом их основных признаков.

X. План лечения

Лечение необходимо назначать с учетом структуры синдрома, нозологической принадлежности, этапа и течения болезни, возраста, особенностей личности больного, характера его реактивности. Следует написать рецепты медикаментов, обосновать их применение.

XI. Прогноз

В отношении выздоровления, трудоспособности.

XII. Социально-профилактические мероприятия и рекомендации

Социально-профилактические мероприятия и рекомендации должны быть конкретными, касаться только курируемого больного. Необходимо решить следующие вопросы:

1) трудоспособность и трудовые рекомендации (может ли больной продолжать работу по специальности или ее следует изменить);
2) судебно-психиатрическая экспертиза;
3) военно-психиатрическая экспертиза;
4) возможность продолжения учебы;
5) характер режима (ограничения, необходимые в режиме труда, питания, употребления алкоголя, курения и т. д.);
6) поддерживающая терапия.

Часть III

Особенности проведения клинической беседы

Клиническая беседа – один из основных методов врачебной деятельности. Умелое, профессиональное ее построение и проведение во многом определяют качество диагностики болезненных состояний и эффективность терапии больных, в связи с чем освоение и совершенствование навыков беседы относится к наиболее важным разделам общей системы подготовки будущего врача.

Беседа с больным в каждом конкретном случае носит сугубо индивидуальный характер, что объясняется самыми разнообразными причинами, связанными как с больным, так и с самим врачом. С одной стороны, это возраст больного, уровень его образования, осведомленность в медицинских вопросах, отношение к болезненным проявлениям, опыт общения с медицинскими работниками, состояние и специфика нервно-психических функций. С другой – специальность и квалификация врача, его темперамент и склад мышления и т. д. Поэтому разработка и рекомендация к усвоению какой-либо универсальной формы клинической беседы представляется проблематичной. В то же время беседа, как и любой другой метод, содержит ряд основных моментов и особенностей, знание которых может оказаться полезным студентам и начинающим врачам в овладении профессиональными приемами общения с больным. На их освещение и направлено настоящее пособие.

Прежде всего следует подчеркнуть, что беседа преследует две взаимосвязанных цели – информационную и терапевтическую. Первая заключается в получении от больного сведении о болезненных проявлениях и касающихся их обстоятельствах, что в комплексе с результатами других методов исследования позволяет составить достаточно реальную картину заболевания. Смысл второй цели определяется влиянием слова как чрезвычайно мощного

фактора психологического воздействия на психику человека, тем более человека больного, нередко ждущего от врача решения своей судьбы. Названные цели и определяют суть и форму беседы.

Одним из главных условий достижения целей беседы является хороший контакт с больным. Он может быть осуществлен только при внимательном и доброжелательном отношении к пациенту. Для этого важно выработать в себе умение выслушивать больного, понимать его переживания, заботы и опасения. Установлению контакта мешают спешка, отвлечение на другие дела и манипуляции. Во время беседы необходимо сохранять ровный, спокойный тон. Раздражительность, плохое настроение или, напротив, излишняя веселость врача вызывают негативную реакцию больного и его недоверие к врачу. Сказанное не значит, что врач не может пошутить с больным, а в некоторых случаях сделать замечание в императивной форме. Иногда это даже полезно, но допустимо лишь тогда, когда врач на основании своего опыта уверен в целесообразности применения именно такого рода приемов общения с пациентом.

С одними больными контакт устанавливается легко и быстро, буквально с первых слов беседы. С другими – постепенно, в процессе повторных встреч, что требует от врача терпения и выдержки.

Большую роль в установлении доверительных отношений с больным играет и беседа на отвлеченные, не связанные непосредственно с болезнью, темы. Причем это нередко оказывается полезным и самому врачу, т. к. способствует расширению его кругозора за счет информации, получаемой от пациента.

Важное значение в завоевании доверия больного имеет авторитет врача. Дело в том, что многие пациенты уже до встречи с ним наслышаны о нем, его достоинствах и недостатках от других лиц – соседей по палате, ожидающих приема в поликлинической очереди, знакомых и т. д. Поэтому корректное общение с каждым первичным больным, естественно, повышает авторитет врача, что в свою очередь способствует расположению к нему новых пациентов.

В установлении контакта большую роль играет внешний вид врача – выражение его лица, глаз, мимика, жестикуляция, то как он одет, причесан. Отношение врача к больному, отраженное в его мимических проявлениях, глазах, движениях, быстро улавливает-

ся пациентом и ведет к адекватной ответной реакции. Поэтому положительный эмоциональный отклик больного вызывается только неподдельным интересом к нему врача и искренним стремлением помочь ему. Напротив, скука, равнодушие, безучастность, буквально написанные на лице врача или проявляющиеся в жестах, могут оттолкнуть пациента и исключить всякое его желание к общению.

Опыт показывает, что при беседе желательно смотреть в глаза больному, изучать его мимику, движения, стараясь одновременно понять состояние и переживания пациента, а также отмечать внешние признаки болезни – цвет кожи, высыпания, оволосение, преждевременное старение и т. п. Такой прием целесообразен по ряду причин. Он помогает сосредоточиться, сконцентрировать все внимание на больном и одновременно отвлечься от иных проблем, беспокоящих, быть может, в данный момент самого врача (забота о других больных, житейские и личные дела), что крайне необходимо для достижения целей беседы. Внимание, проявляемое к пациенту, не остается незамеченным им и вызывает ответное расположение. Изучение внешнего вида больного в процессе беседы позволяет получить важные данные о болезненных проявлениях, что во многом определяет направленность расспроса и способствует большей эффективности беседы.

Хорошо известно, что впечатление о любом человеке, в том числе и враче, особенно в начале знакомства, отчасти формируется по его одежде, прическе, гигиеническому содержанию рук. Внешняя подтянутость, аккуратность ассоциируются с такими же личностными и деловыми качествами, вселяя уважение и доверие. В то же время небрежность и неряшливость вызывают противоположные чувства, что не идет на пользу установления контакта с больным. Не всегда импонируют пациенту и слишком яркая, сверхмодная одежда врача, наличие на нем множества украшений, т. к. все это может попадать не в тон настроения больного, вести к его раздражению и недоверию к врачу.

Очень важное значение в установлении контакта имеет начало беседы. Очевидно, нужно прежде всего познакомиться с больным. Узнать его фамилию, имя, отчество. Необходимо и самому врачу представиться больному, если, конечно, он еще не знает фамилии, имени и отчества врача. Вслед за этим целесообразно по-

лучить от больного так называемые паспортные данные (возраст, профессия, место работы и т. д.), даже если они и фиксированы в медицинской документации (амбулаторной карте, истории болезни). Ответы на эти, в общем-то, индифферентные, по мнению пациента, вопросы дадут ему возможность справиться со смущением и волнением, которые он нередко испытывает в первые моменты общения с врачом. Врачу же такое начало беседы поможет сориентироваться в состоянии больного и выбрать верный тон расспроса. Далее лучше всего задать вопрос о самочувствии больного – «Что вас беспокоит?», «На что жалуетесь?».

Последующий опрос может быть построен по такой схеме: выяснение жалоб – анамнез заболевания – анамнез жизни. Правда, практически подобную последовательность беседы удается соблюдать далеко не во всех случаях, т. к. часто в ее процессе названные этапы наслаиваются друг на друга. Так, предъявляя жалобы, больной уже нередко связывает их с теми или иными фактами и событиями. Кроме того, по ходу беседы, с учетом полученной от больного информации, приходится вновь возвращаться к уже оговоренным моментам и уточнять их. Поэтому важно взять за правило не столько стремиться к строгому сохранению последовательности беседы, сколько к такому ее построению, которое бы давало возможность получить от больного максимально полные сведения.

Чем тщательнее проведен расспрос пациента, тем больше фактов оказывается в распоряжении врача для создания диагностической концепции, определения характера и направления последующего обследования больного и выбора адекватной его терапии. Более того, опытный врач в ряде случаев уже только на основании результатов беседы способен придти к убедительному диагностическому заключению.

Говоря о ценности получения максимально полной информации от больного, необходимо отметить, что данное правило далеко не всегда учитывается в повседневной врачебной практике. А это нередко порождает серьезные диагностические ошибки и не способствует проведению эффективных лечебных мероприятий. Например, многими врачами часто упускаются такие важные в развитии ряда заболеваний обстоятельства, как перенесенные и имеющиеся вредности (травмы, инфекции, бытовые и профес-

сиональные физические и химические воздействия). Часто остаются невыявленными отрицательные психологические факторы – неблагополучие в семье, на работе, без учета которых невозможна действенная терапия таких заболеваний, как гипертопическая и язвенная болезнь, бронхиальная астма, ишемическая болезнь и инфаркт миокарда, некоторые формы дерматитов. Неполный и некорректный сбор сведений может приводить и к совершенно курьезным случаям. Так, гр-ку К. длительно и безуспешно обследовали в связи с диспептическими явлениями и общим физическим дискомфортом, диагностируя то «энтероколит», то «холецистит». Дело же закончилось тем, что родственница К., чисто по-житейски расспросив ее, распознала у нее беременность, которая и подтвердилась при соответствующем исследовании.

При расспросе, выслушивая больного, не следует перебивать и прерывать его. Правда, это не всегда удается, т. к. некоторые пациенты отличаются излишним многословием, а врач всегда ограничен во времени. Поэтому нужно выработать умение направлять беседу в нужное русло, находить подходящие моменты, чтобы поправлять больного, концентрировать его внимание на существе дела.

Вполне естественно, что больной, как бы он ни стремился поделиться своими переживаниями, не может в законченной форме описать картину болезненного состояния. Поэтому большое значение для анализа патологических проявлений имеет активный расспрос пациента – уточнение жалоб, выявление расстройств, не нашедших отражения в его рассказе. Однако при этом нельзя допустить суггестии, то есть внушения больному тех или иных симптомов, которых у него фактически нет. Для исключения суггестии не следует задавать вопросы в утвердительной форме – «Болит у вас голова?», «Часто возникает слабость?», а лучше избирать нейтральный тон – «Бывает ли у вас головная боль?», «Возникает ли когда-нибудь слабость?». При положительных ответах желательно чтобы больной подробно рассказал о своих ощущениях и по возможности привел примеры (как, когда, при каких обстоятельствах?), что важно не только для уверенности врача в отсутствии суггестии, но и для составления более полного представления о характере страдания.

При беседе врач должен быть убежден в том, что правильно понял высказывания пациента, а тот, в свою очередь, верно уяснил вопросы врача. Иначе не избежать ошибочных заключений, обусловленных взаимным непониманием. Подобное происходит в тех, например, случаях, когда больной, ознакомившись с медицинскими терминами, пытается «для большей точности» пользоваться ими, хотя и не знает истинного их значения. Некоторые больные с невысоким интеллектом не всегда понимают смысла и общеупотребительных слов и выражении. С целью исключения названных погрешностей целесообразно перепроверять ответы больного, задавая практически те же вопросы в измененной форме. Полезно, так же как и в вышеописанных ситуациях, просить его привести примеры.

С развитием медицины появляются все новые методы инструментальной и лабораторной диагностики самых разных заболевании. И это, как показывает опыт, ведет к неоправданному обесцениванию многими специалистами значения беседы как важного вида врачебной деятельности. Такая позиция ошибочна не только потому, что беседа была и остается значимой составляющей диагностического процесса, о чем шла речь выше, но и в связи с тем, что беседа играет чрезвычайно важную терапевтическую, а точнее – психотерапевтическую роль.

Пожалуй, нет ни одного больного, на течение болезненных проявлений которого бы не влияло слово врача. Причем это влияние может давать как положительный, так и отрицательный эффект. Последний, к сожалению, встречается не столь уж редко. Не случайно в общем ряду заболеваний выделены так называемые ятрогении, т. е. расстройства, вызываемые психологически неправильными действиями врача – его поведением, высказываниями, иногда буквально одним словом.

О лечебном значении беседы говорит установленный следующим исследованием факт. Были изучены результаты медикаментозной терапии больных, лечившихся у врачей, разделенных по складу характера на две группы – оптимистов и пессимистов. В итоге анализа оказалось, что при прочих равных условиях (практически одинаковые группы больных, однозначные наборы лекарственных средств, равный уровень квалификации врачей) большего эффекта добивались врачи первой группы. Причем они

не использовали специальных психотерапевтических приемов, но весь стиль их общения с больными имел позитивную – психотерапевтическую направленность, обусловленную характерологическими особенностями – уверенностью в себе, своих выводах и рекомендациях, что невольно передавалось пациентам, внушая им надежду и убежденность в благополучном исходе болезненных состояний.

О высокой терапевтической активности слова свидетельствует большая эффективность применения специальных самостоятельных психотерапевтических методов (гипнотерапии, аутотренинга, рациональной психотерапии и других) при лечении ряда заболеваний. (Знакомство с этими методами предусмотрено в курсе психиатрии).

Для обеспечения психотерапевтического эффекта беседы необходимо чтобы характер расспроса больного, ответы на поставленные им вопросы, заключения и советы врача вселяли в пациента уверенность в излечении болезненного страдания. Причем здесь важно не столько что сказано больному, а как сказано и в какой форме. Например, вряд ли достигнет цели такого рода утверждение врача: «Я вас вылечу!» или «Все пройдет!», сделанное после поверхностного и невнимательного опроса больного. В то же время внимательное выслушивание и активный расспрос пациента невольно приведут его к убеждению в том, что раз его слушают и интересуются им, то поймут его, а коли поймут, то и помогут.

Активный расспрос с выявлением имеющихся у больного, но не высказанных им по тем или иным причинам жалоб, полезен еще и тем, что вызывает у него убежденность в способности врача разобраться в его состоянии, а стало быть, и в возможности облегчить страдание.

Большое значение в достижении лечебного эффекта имеет заключительная часть беседы. Завершая ее и убедившись, что с больным установлен хороший контакт и он испытывает доверие к врачу, целесообразно заверить его в благополучном исходе заболевания. Для этого приемлема такая, например, форма: «Ваше состояние понятно. Вам можно помочь. Для этого необходимо пройти курс лечения». Далее следуют краткие пояснения о том, как и какими методами планируется его осуществление. Полезно также акцентирование внимания больного на опыте медицины и самого

врача в лечении подобных, как у пациента, расстройств. С этой целью можно воспользоваться следующим утверждением: «Я понял ваше состояние. Такие заболевания хорошо поддаются лечению. Для этого необходимо...».

Ответы на вопросы больного о заболевании и своих перспективах являются трудными, но в то же время психологически важным моментом беседы. Его желание знать что с ним происходит и что его ожидает понятно и совершенно оправдано. Поэтому уходить от них, иногда попросту отмахиваясь от больного, а такое встречается в поведении врачей, недопустимо. Неведение вызывает тревожные опасения больного, нередко утрирует его представление о характере страдания, что не благоприятствует лечебному процессу, а в части случаев и резко ухудшает состояние, пациента.

Однако и полная информация о заболевании далеко не всегда приносит пользу. Так, диагноз некоторых неизлечимых заболеваний, произнесенный врачом, может стать фактическим приговором для больного и лишить его всякой надежды.

По этой причине не принято, например, сообщать больному о хроническом психическом заболевании шизофрении. Дискутируется правомерность информирования его об онкологическом заболевании.

В целом же вопрос о том, что и как говорить больному, может быть решен лишь в строго индивидуальном порядке. Здесь нужно учитывать и состояние, и интересы больного, и интересы общества, и отношение общества к имеющемуся у больного заболеванию. Так, однозначно мнение о необходимости сообщения больному о наличии у него венерического заболевания – в противном случае он может стать источником бед многих других людей. Диагноз шизофрении пугает больного скорее всего не потому, что это заболевание хроническое, а потому, что оно осуждается обществом в силу невежества большей части населения. При инфаркте миокарда одному больному с выраженной эмоциональной лабильностью вряд ли стоит говорить о нем, т. к. это только усугубит его состояние. Другому же, не соблюдающему предписаний и режима и вредящему тем самым себе, – сообщить о характере заболевания необходимо. Но сделать это надо, естественно, в корректной форме.

В принципе пределы информирования больного должны определяться основным правилом – приносить пользу больному и исключить всякую возможность причинения вреда.

В заключение отметим, что клиническая беседа является не только важным, но и сложным видом врачебной деятельности, профессиональный уровень которого достигается и совершенствуется ежедневной практикой при непременном условии – стремлении понять больного и помочь ему.

Часть 4

Общая психопатология и частная психиатрия

Занятие 1

Тема. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации.

Методы исследования психически больных. Экспертиза при психических заболеваниях.

Цель занятия. Изучить организационную структуру психиатрической помощи. Рассмотреть методы исследования, применяемые в психиатрии. Изучить особенности проведения трудовой, военной и судебной экспертизы психически больных.

План занятия

1. Принципы организации психиатрической службы в России. Основные положения Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
2. Организация внебольничной психиатрической помощи.
3. Организация больничной психиатрической помощи.
4. Особенности проявления и течения психических заболеваний.
5. Методы исследования, применяемые в психиатрии.
6. Трудовая, судебная и военная экспертиза психически больных.

Контрольные вопросы

1. Психические заболевания. Понятие. Причины.
2. Психотические и непсихотические психические расстройства. Принципы разграничения.
3. Предмет и задачи психиатрии. Роль и место психиатрии в медицине.
4. Психиатрия и общество. Влияние социальных факторов на психическое здоровье.
5. Социальная значимость психических заболеваний. Распространенность психических заболеваний.
6. Принципы организации психиатрической помощи.
7. Какие учреждения оказывают лечебную и социальную помощь психически больным?
8. Структура психоневрологического диспансера. Обязанности и задачи участкового психиатра.
9. Структура психиатрической больницы.
10. Показания к госпитализации. Порядок освидетельствования лиц, госпитализированных в недобровольном порядке.
11. Роль врача общемедицинской сети в лечении и профилактике психических заболеваний.
12. Тактика врача общей практики в отношении больных с психическими расстройствами.
13. Основные и дополнительные методы исследования в психиатрии.
14. Особенности проведения клинической беседы.
15. Критерии установления группы инвалидности по психическому заболеванию.
16. Медицинский и юридический критерии вменяемости.

Занятие 2

Тема. Расстройства восприятия и памяти.

Цель занятия. Изучить симптомы нарушения восприятия, их особенности при различных психических заболеваниях. Рассмотреть симптомы нарушения памяти. Изучить методы выявления расстройств восприятия и памяти.

План занятия

1. Определение понятия «восприятие».
2. Ощущения и их расстройства (гиперестезия, гипестезия, анестезия, парестезия, сенестопатии, синестезии).
3. Иллюзии и их классификация (по органам чувств и по механизму образования).
4. Галлюцинации и их классификация (истинные и псевдогаллюцинации, по ведущему анализатору, условиям возникновения, степени сложности). Галлюциноз.
5. Расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства). Нарушения «схемы тела». Метаморфопсии.
6. Особенности нарушения восприятия при различных психических заболеваниях, их диагностическое значение.
7. Возрастные особенности расстройств восприятия у детей и подростков.
8. Методы выявления расстройств восприятия.
9. Определение понятия «память». Виды и типы памяти.
10. Количественные расстройства памяти. Генерализованные и ограниченные амнезии.
11. Качественные расстройства памяти (парамнезии).
12. Пароксизмальные расстройства памяти.
13. Методы выявления расстройств памяти.
14. Сравнительно-возрастные особенности расстройств памяти.

Контрольные вопросы

1. Иллюзии и галлюцинации, классификация и клиническая характеристика.

2. Клиническая характеристика функциональных и рефлекторных галлюцинаций.

3. Дифференциальные критерии истинных и псевдогаллюцинаций.

4. Объективные признаки расстройств восприятия.

5. Отличия психосенсорных расстройств от иллюзий и галлюцинаций.

6. Нарушения памяти, их клиническая характеристика.

7. Основные виды парамнезий, их характеристика.

8. Проявления прогрессирующей и фиксационной амнезий.

9. Корсаковский синдром, его нозологическая оценка.

10. Виды ограниченных амнезий.

11. Особенности расстройств восприятия у детей и подростков.

Занятие 3

Тема. Расстройства мышления. Расстройства эмоционально-волевой сферы.

Цель занятия. Изучить симптомы нарушений мышления и их диагностическое значение. Рассмотреть клинические проявления расстройств эмоционально-волевой сферы. Изучить методы выявления расстройств мышления, эмоций и воли.

План занятия

1. Определение понятия «мышление». Этапы мыслительного процесса. Виды мышления (наглядно-действенное, конкретно-образное, абстрактно-логическое).
2. Нарушения темпа ассоциативного процесса (замедление, ускорение, ментизм).
3. Нарушения стройности мышления (бессвязность, разорванность, закупорка, вербигерация, персеверация, тугоподвижность).
4. Нарушения целенаправленности мышления (патологическая обстоятельность, резонерство, формализм, неологизмы, «соскальзование», аутистическое, паралогическое, амбивалентное мышление).
5. Патологическая продукция мышления: сверхценные, навязчивые, бредовые идеи, бредоподобные фантазии.
6. Особенности формирования бредовых идей (первичный бред, вторичный бред, индуцированный бред).
7. Основные бредовые синдромы (паранойяльный, параноидный, парафренный).
8. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо – особый вид параноидного синдрома.
9. Навязчивые состояния (отвлеченные – бесплодное мудрствование, навязчивый счет, воспоминания, действия; образные – фобии, навязчивые сомнения, влечения, воспоминания, овладевающие представления, контрастные навязчивости, ритуалы).

10. Методы выявления и диагностическое значение расстройств мышления.
11. Особенности расстройств мышления у детей и подростков.
12. Определение понятия эмоций как психической функции. Виды эмоций. Понятие термина «настроение». Физиологический и патологический аффект.
13. Клинические проявления расстройств эмоциональной сферы (гипотимия, гипертимия, эйфория, мория, болезненное психическое бесчувствие, тревога, тоска, страх, эмоциональная лабильность, слабодушие, дисфория, эксплозивность, апатия, монотонность, застревание, огрубение, амбивалентность, неадекватность, парадоксальность).
14. Основные синдромы эмоциональных расстройств (депрессивный синдром, маниакальный синдром).
15. Объективные признаки нарушения эмоциональной сферы.
16. Диагностическое значение аффективных расстройств при различных психических заболеваниях.
17. Особенности нарушений эмоциональной сферы у детей и подростков.
18. Определение понятия «воля». Симптомы волевых нарушений (абулия, гипобулия, гипербулия, парабулия).
19. Нарушения влечений (извращение инстинктивных влечений, импульсивные влечения, импульсивные действия).
20. Клинические проявления апато-абулического синдрома, его диагностическое значение.
21. Особенности расстройств волевой деятельности у детей и подростков.

Контрольные вопросы

1. Классификация нарушений мышления, клиническая характеристика.
2. Определение бреда и классификация бредовых идей по содержанию.
3. Объективные признаки наличия бредовых расстройств у пациента.
4. Проявления идеаторного, сенсорного и моторного автоматизма при синдроме Кандинского-Клерамбо.
5. Нарушения влечений, основные клинические варианты.
6. Навязчивые состояния, клинические формы и их особенности при различных заболеваниях.
7. Расстройства эмоциональной сферы, их клиника и нозологическая принадлежность.
8. Клинические варианты депрессивного синдрома.
9. Клинические особенности эндогенных депрессий.
10. Клинические проявления соматизированных (маскированных) депрессий. Тактика врача-интерниста.
11. При каких нозологических формах психической патологии депрессивный синдром является ведущим?
12. Суицидальные тенденции при депрессивных состояниях.
13. Современные тенденции депрессивных расстройств.
14. Клинические проявления маниакальньного синдрома. Формы мании.
15. Дифференциальные признаки астенического и апато-абулического синдромов.
16. Особенности клинических проявлений депрессий у детей и подростков.
17. Основные методы исследования эмоционально-волевой сферы пациента.

Занятие 4

Тема. Патология интеллекта. Олигофрении.

Цель занятия. Изучить симптомы нарушения интеллектуальной деятельности. Рассмотреть клинические проявления врожденной и приобретенной интеллектуальной недостаточности. Изучить методы выявления патологии интеллекта.

План занятия

1. Определение понятия интеллекта, его основные компоненты.
2. Классификация интеллектуальных расстройств.
3. Методы исследования уровня интеллекта.
4. Олигофрения как недоразвитие интеллекта. Клиническая характеристика, динамика.
5. Деменция как обратное развитие интеллекта. Клиническая характеристика деменций.
6. Понятие «шизофреническое слабоумие», его отличия от деменции при органических заболеваниях.
7. Возрастные особенности интеллекта у детей и подростков. Задержки темпа психического развития.

Контрольные вопросы

1. Определение понятия «деменция». Основные формы деменций.
2. Определение понятия «олигофрения». Степени олигофрении.
3. Олигофрении и деменции. Основные клинические проявления, разграничение.
4. Особенности «шизофренического слабоумия».
5. Особенности эпилептического слабоумия.
6. Социальное положение и возможности адаптации лиц с недоразвитием интеллекта.
7. Объективные признаки нарушений интеллектуальной деятельности.

Занятие 5

Тема. Синдромы психических расстройств. Патология сознания.

Цель занятия. Продолжить изучение основных синдромов психических расстройств, не вошедших в тематику занятий №№ 2-4. Рассмотреть синдромы нарушенного сознания, их клинические проявления и динамику. Изучить методы выявления патологии сознания.

План занятия

1. Понятие «синдром» (симптомокомплекс) в психиатрии. Позитивные и негативные психические расстройства. Основные психопатологические синдромы.
2. Астенический синдром, клинические проявления, варианты.
3. Обсессивный синдром (синдром навязчивых состояний), клинические проявления, его нозологическая принадлежность.
4. Истерический синдром (истерия), клинические проявления. Лечение и профилактика.
5. Синдром Котара, клинические проявления, нозологическая принадлежность.
6. Галлюциноз (вербальный, зрительный, тактильный, обонятельный), клинические проявления, нозологическая принадлежность.
7. Синдром Капгра (иллюзия ложного узнавания или неузнавания), клинические проявления, нозологическая принадлежность.
8. Ступор, клинические проявления, основные формы, нозологическая принадлежность.
9. Психомоторное возбуждение. Формы. Клинические проявления, диагностическое значение.
10. Кататонический синдром, клинические проявления, нозологическая принадлежность.
11. Гебефренический синдром, клинические проявления, нозологическая принадлежность.

12. Определение понятия «сознание». Общие признаки синдромов расстройства сознания (критерии К. Ясперса).
13. Оглушение. Степени тяжести выключения сознания (обнубиляция, сомнолентность, сопор, кома). Клинические проявления, диагностическое значение.
14. Синдромы помрачнения сознания: делирий, сумеречное помрачение сознания (психотическая форма, амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы, сомнамбулизм, патологическое опьянение), аменция, онейроид. Клинические проявления, диагностическое значение.
15. Особенности основных психопатологических синдромов и синдромов нарушенного сознания у детей и подростков.

Контрольные вопросы

1. Синдромы, характерные для группы экзогенных и экзогенно-органических заболеваний.
2. Синдромы, характерные для группы эндогенных заболеваний.
3. Купирование психомоторного возбуждения.
4. Основные симптомы кататонии.
5. Понятие люцидной и онейроидной кататонии.
6. Основные формы ступора.
7. Отличие кататонического ступора от депрессивного и психогенного.
8. Основные клинические признаки расстройств сознания.
9. Клинические проявления тяжелых форм делирия (профессиональный и мусситирующий).
10. Характеристика различных форм и степеней выключения сознания.
11. Аментивный синдром, его клиническое значение.
12. Сумеречное расстройство сознания. Основные клинические варианты.
13. Клиническая характеристика онейроидного синдрома.

Занятие 6

Тема. Шизофрения. Активные методы терапии психически больных.

Цель занятия. Изучить клинические проявления и диагностические критерии шизофрении. Рассмотреть особенности шизофрении у детей и подростков. Изучить принципы и методы лечения, реабилитации больных шизофренией.

План занятия

1. Определение шизофрении. Основные клинические синдромы (эмоционально-волевое снижение, расщепление психических процессов).
2. Социальное значение шизофрении. Распространенность. Прогноз.
3. Основные клинические формы шизофрении: параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая, циркулярная, детская.
4. Особенности клинических проявлений шизофрении в детском и подростковом возрасте.
5. Характерологические изменения при шизофрении.
6. Дополнительные методы диагностики шизофрении (патопсихологическое исследование).
7. Современные методы и принципы лечения шизофрении. Социальная реабилитация.
8. Вопросы трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы.

Контрольные вопросы

1. Клинические проявления апато-абулического синдрома, его диагностическое значение.

2. Клинические проявления расщепления психических процессов.

3. Основные нарушения мышления при шизофрении.

4. Особенности «шизофренического слабоумия».

5. Психические расстройства нехарактерные для шизофрении.

6. Особенности характерологических изменений при шизофрении.

7. Особенности шизофрении в детском возрасте.

8. Активные методы лечения.

9. Дифференциальная диагностика шизофрении с другими психическими заболеваниями.

10. Основные принципы реабилитации при шизофрении.

Занятие 7

Тема. Эпилепсия. Психозы сифилитической этиологии.

Цель занятия. Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления и диагностические критерии эпилепсии. Рассмотреть особенности течения эпилепсии у детей и подростков. Изучить принципы и методы лечения эпилепсии. Рассмотреть клинические проявления и течение сифилитических психозов.

План занятия

1. Определение эпилепсии. Этиология и патогенез эпилепсии, предрасполагающие факторы.
2. Социальное значение эпилепсии. Распространенность.
3. Синдромы пароксизмальных расстройств. Виды судорожных и бессудорожных пароксизмов (припадков).
4. Особенности клинических проявлений и течения эпилепсии у детей и подростков. Виды пароксизмов у детей.
5. Хронические психические нарушения при эпилепсии: изменения личности и интеллектуально-мнестические расстройства.
6. Дополнительные методы исследования в диагностике эпилепсии.
7. Эпилептический статус, клинические проявления, методы купирования.
8. Современные принципы и методы лечения эпилепсии.
9. Вопросы трудовой, военной и судебной экспертизы при эпилепсии.
10. Сифилис головного мозга и прогрессивный паралич. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Лечение, профилактика и прогноз.
11. Особенности сифилитических поражений у детей и подростков.

Контрольные вопросы

1. Пароксизмальные расстройства. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома и заболевания эпилепсии.

2. Основные типы эпилептических припадков.

3. Социально опасное поведение у лиц с пароксизмальными расстройствами.

4. Понятие эпилептического статуса. Заболевания, при которых он наиболее часто возникает. Степень опасности для жизни, тактика ведения, методы купирования.

5. Характерологические изменения при эпилепсии.

6. Особенности эпилептического слабоумия.

7. Дифференциально-диагностические отличия истерических припадков от эпилептических пароксизмов.

8. Особенности эпилептических пароксизмов у детей и подростков.

9. Психические нарушения при сифилисе головного мозга.

10. Прогрессивный паралич, клинические проявления, стадии.

Занятие 8

Тема. Психические нарушения при травмах головного мозга, общих и нейроинфекциях, интоксикациях, физических воздействиях, соматических заболеваниях

Цель занятия. Изучить психические нарушения при воздействиях экзогенных факторов и соматической патологии. Рассмотреть этапы формирования, структуру психических нарушений, клинические проявления экзогенно-органических заболеваний головного мозга. Изучит принципы диагностики, лечения и профилактики органических поражений головного мозга.

План занятия

1. Характеристика неблагоприятных факторов окружающей среды их классификация. Современные особенности экологических условий в России.
2. Психические расстройства при экзогенных воздействиях (острый, переходный и результирующий периоды). Понятие «экзогенного типа реакций» (К. Бонгеффер).
3. Понятие об экзогенно-органических психических расстройствах.
4. Клиническая структура психических нарушений при органических поражениях головного мозга.
5. Психоорганический синдром, клинические проявления, стадии. Варианты формирования и течения при острых и хронических экзогенных воздействиях.
6. Пароксизмальные и аффективные расстройства при органических поражениях головного мозга.
7. Бредовые, галлюцинаторные, ипохондрические и навязчивые психические расстройства при органических поражениях головного мозга.
8. Характерологические изменения при органических поражениях головного мозга.
9. Психические нарушения при соматических заболеваниях.

10. Особенности клинических проявлений и течения экзогенно-органических поражений головного мозга у детей и подростков.
11. Методы диагностики органических поражений головного мозга.
12. Современные методы лечения и профилактики органического заболевания головного мозга.

Контрольные вопросы

1. Неблагоприятные факторы окружающей среды, оказывающие влияние на психическое здоровье населения.
2. Психические расстройства острого периода при экзогенных воздействиях.
3. Психические нарушения переходного периода при экзогенных воздействиях.
4. Психические нарушения результирующего периода при экзогенных воздействиях.
5. Психические нарушения при травматическом поражении головного мозга.
6. Клиническая структура психических расстройств при органических поражениях головного мозга.
7. Наиболее характерные клинические признаки органического заболевания головного мозга.
8. Психоорганический синдром, клиническая характеристика, стадии.
9. Дополнительные методы исследования в диагностике органических заболеваний головного мозга.
10. Принципы лечения и профилактики органических заболеваний головного мозга.
11. Структура психических нарушений при соматических заболеваниях.
12. Особенности клинических проявлений и течения органических заболеваний головного мозга.

Занятие 9

Тема. Маниакально-депрессивный психоз.

Цель занятия. Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностические критерии маниакально-депрессивного психоза и циклотимии. Рассмотреть особенности течения маниакально-депрессивного психоза и циклотимии у детей и подростков. Познакомить студентов с принципами и методами лечения маниакально-депрессивного психоза.

План занятия

1. Определение маниакально-депрессивного психоза. Закономерности течения.
2. Клинические проявления депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза.
3. Клинические проявления маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза.
4. Особенности клинических проявлений и течения маниакально-депрессивного психоза у детей и подростков.
5. Современные принципы лечения маниакально-депрессивного психоза и профилактики обострений в период интермиссии.
6. Циклотимия. Клинические проявления и течение.
7. Вопросы трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы при маниакально-депрессивном психозе.

Контрольные вопросы

1. Клинические проявления депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза.

2. Клинические проявления маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза.

3. Основные закономерности течения маниакально-депрессивного психоза и циклотимии. Клинические варианты.

4. Дифференциально-диагностические признаки маниакально-депрессивного психоза и циркулярной формы шизофрении.

5. Опасность суицида, уход и надзор за больными с маниакально-депрессивным психозом.

6. Клинические проявления циклотимии.

Занятие 10

Тема. Психические нарушения при сосудистых поражениях головного мозга. Пресенильные психозы. Атрофические психозы.

Цель занятия. Изучить клинические проявления психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая и гипотоническая болезни). Рассмотреть клинические проявления, течение пресенильных и сенильных психозов.

План занятия

1. Психические нарушения при гипертонической болезни.
2. Психические нарушения при церебральном атеросклерозе.
3. Психические нарушения при гипотонической болезни.
4. Принципы лечения больных с психическими нарушениями сосудистого генеза.
5. Возрастные изменения психических функций.
6. Классификация психозов позднего возраста.
7. Клинические проявления и течение пресенильных психозов (инволюционная депрессия, инволюционный параноид).
8. Клинические проявления, диагностика и течение атрофических (сенильных) психозов (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие).
9. Принципы лечения психозов позднего возраста.

Контрольные вопросы

1. Возрастные особенности психических функций инволюционного периода.

2. Острые (психотические) психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга.

3. Хронические психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга.

4. Клинические особенности инволюционных депрессий.

5. Особенности бредового синдрома при инволюционных параноидах.

6. Дифференциально-диагностические признаки болезней Пика и Альцгеймера.

7. Клинические проявления старческого слабоумия.

8. Лечение психических нарушений при гипертонической болезни и атеросклерозе.

9. Особенности ухода и терапевтическая тактика при атрофических психозах.

10. Лечение инволюционных депрессий.

Занятие 11

Тема. Психогенные заболевания. Психопатии.

Цель занятия. Ознакомить студентов с психогенно обусловленными формами психической патологии непсихотического и психотического уровней. Изучить особенности их клинических проявлений, динамики и принципы лечения. Рассмотреть особенности неврозов у детей и подростков. Изучить личностные расстройства зрелого возраста.

План занятия

1. Психогенные воздействия. Классификация и их характеристика.
2. Общие диагностические признаки психогенных заболеваний (триада К. Ясперса).
3. Нозологическая классификация психогенных заболеваний (аффективно-шоковые реакции, собственно реактивные психозы, затяжные реактивные психозы, неврозы).
4. Клинические проявления и течение реактивных психозов.
5. Клинические проявления и особенности течения основных форм неврозов.
6. Понятие посттравматического стрессового расстройства.
7. Особенности клинических проявлений неврозов у детей и подростков.
8. Лечение и профилактика психогенных заболеваний.
9. Определение психопатий (критерии П.Б. Ганнушкина).
10. Классификация психопатий. Особенности формирования психопатических личностей в сравнительно-возрастном плане.
11. Клинические проявления и динамика основных форм психопатий. Понятие компенсации и декомпенсации.
12. Фармакологическая и психотерапевтическая коррекция психопатий. Вопросы трудовой, судебно-психиатрической и военной экспертизы.

Контрольные вопросы

1. Психогенные заболевания. Критерии. Классификация.

2. Какие причины ведут к развитию неврозов?

3. Психотравмирующие ситуации. Понятие. Классификация.

4. Психические травмы. Понятие. Классификация.

5. Психотерапия. Виды. Показание к применению.

6. Неврастения. Клинические проявления, течение и терапевтическая тактика.

7. Невроз навязчивых состояний. Клинические проявления, течение, терапевтическая тактика.

8. Истерия. Основные клинические проявления, лечение и профилактика.

9. Депрессивный невроз. Клинические проявления и лечение.

10. Лечение неврозов.

11. Понятие гармоничной и акцентуированной личности.

12. Клиническая характеристика основных типов расстройств личности, их динамика.

Занятие 12

Тема. Наркомании, токсикомании. Алкоголизм, алкогольные психозы.

Цель. Изучить особенности формирования болезней зависимости (алкоголизм, наркомании, алкоголизм). Ознакомить студентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ. Рассмотреть клиническую картину алкогольных психозов, возможные исходы и методы лечения. Изучить основные методы лечения и профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

План занятия

1. Определение понятий алкоголизм, наркомания и токсикомания.
2. Социальная значимость проблемы болезней зависимостей.
3. Клинические проявления разной степени алкогольного опьянения.
4. Абстинентный синдром, клинические проявления, степени тяжести.
5. Клиническая картина и течение алкоголизма (I, II, III стадии).
6. Возрастные и половые особенности алкоголизма (подростковый, женский алкоголизм, алкоголизм в пожилом возрасте).
7. Основные формы алкогольных психозов (алкогольный делирий, корсаковский психоз, острый и хронический алкогольный галлюциноз, острый и хронический алкогольный параноид, алкогольный бред ревности, патологическое опьянение).
8. Лечение, реабилитация больных алкоголизмом, а также принципы профилактики алкоголизма.
9. Основные клинические формы наркоманий и токсикоманий.
10. Возрастные особенности наркоманий и токсикоманий
11. Особенности психозов при интоксикации наркотическими и токсическими средствами.
12. Лечение и реабилитация больных наркоманиями и токсикоманиями, а также принципы профилактики данной патологии.
13. Болезни зависимости и другие психические заболевания.

Контрольные вопросы

1. Возможные причины развития алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

2. Социальные последствия алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

3. Признаки психической зависимости.

4. Признаки физической зависимости.

5. Основные клинические формы алкогольных психозов.

6. Лечение алкогольных психозов.

7. Основные принципы лечения и профилактики алкоголизма и наркоманий.

Занятие 13

Тема. Лечение, реабилитация и основы психопрофилактики.

Цель занятия. Изучить основные способы лечения психических расстройств, систему медицинских, психологических и социальных мер, предупреждающих дальнейшее развитие болезни, потерю работоспособности и направленных на возможно более раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и активной социальной жизни, рассмотреть круг мероприятий, направленных на предупреждение психических заболеваний.

План занятия

1. Биологическая терапия психических расстройств.
2. Психотерапия и социотерапия.
3. Реабилитация.
4. Основы психопрофилактики.

Контрольные вопросы

1. Биологические методы лечения психических расстройств. Понятие. Симптоматическое лечение, этиологическая и патогенетическая терапия. Разнообразие методов.
2. Психофармакотерапия. Общие положения. Классификация психотропных средств. Варианты и принципы психофармакотерапии.
3. Нейролептики. Клиническое действие и показания к применению. Побочные действия, осложнения и противопоказания к нейролептической терапии. Нейролептики с преимущественно седативным действием. Нейролептики с преимущественно антипсихотическим действием. Нейролептики – корректоры поведения.
4. Антидепрессанты (тимоаналептики). Основные терапевтические эффекты антидепрессантов. Показания к применению. Побочные эффекты и осложнения. Антидепрессанты со стимулирующими свойствами. Антидепрессанты с седа-

тивным эффектом. Антидепрессанты сбалансированного действия.

5. Транквилизаторы. Основные клинические эффекты. Показания к применению. Побочные эффекты и противопоказания. Транквилизаторы с преобладанием седативного эффекта. Дневные транквилизаторы. Транквилизаторы с преобладанием снотворного эффекта.
6. Психостимуляторы. Основные клинические эффекты. Показания к применению. Побочные эффекты и противопоказания.
7. Ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы). Основные клинические эффекты. Показания к применению. Побочные эффекты и противопоказания.
8. Нормотимики (стабилизаторы аффекта). Клиническое действие. Показания к применению. Побочные эффекты.
9. Шоковые методы лечения. Электросудорожная терапия (ЭСТ). Инсулинокоматозная терапия. Основные клинические эффекты. Показания к применению.
10. Другие методы биологической (немедикаментозной) терапии. Лечение депривацией (лишением сна). Фототерапия (светолечение). Лазерная терапия. Иглорефлексотерапия.
11. Психотерапия. Общие положения. Варианты и принципы психотерапии.
12. Суггестивные методы психотерапии. Внушение в состоянии гипнотического сна. Внушение в состоянии бодрствования. Аутогенная тренировка (аутотренинг). Плацеботерапия.
13. «Поведенческие», бихевиоральные, условнорефлекторные методы. Рациональные (когнитивные) методы. Патогенетическая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Групповая психотерапия. Семейная психотерапия.
14. Психоаналитические методы психотерапии. Виды механизмов психологической защиты.
15. Реабилитация. Основные принципы и этапы реабилитации психически больных.
16. Психопрофилактика. Определение. Основные задачи. Первичная, вторичная, третичная психопрофилактика.

Часть V

Вопросы тестового контроля

Кто может принять решение об оказании психиатрической помощи человеку без его согласия или согласия его представителей?

– хирург;
– инфекционист;
Р психиатр;
– кардиолог;
– невропатолог.

Показанием для госпитализации в психиатрический стационар без согласия больного или его представителя служит:

– беспомощность, возникающая вследствие психического расстройства;
– непосредственная опасность, которую больной создает для своей жизни;
– непосредственная опасность для окружающих, которую создает больной;
– существенный вред здоровью;
Р все перечисленное выше.

Психическая травма может вызывать:

Р реактивный психоз;
– психоорганический синдром;
– маниакальное состояние;
– деменцию;
– кататонический ступор.

Болезненное повышение настроения с ускорением двигательной и мыслительно-речевой деятельности называется:

– депрессивным состоянием;
Р маниакальным состоянием;
– гебефреническим синдромом;
– кататоническим синдромом;
– аментивным синдромом.

Субъективное восприятие объекта (без его реального наличия) называется:

– иллюзией;
Р галлюцинацией;
– бредовой идеей;
– сверхценной идеей;
– псевдореминисценцией.

Отравление психоактивными веществами может вызывать:

– реактивный психоз;
– маниакально-депрессивный психоз;
– реактивный психоз;
– гебефренический синдром;
Р интоксикационный психоз.

Больные, страдающие психотическими формами заболеваний, нуждаются:

– в наблюдении у участкового терапевта;
– в наблюдении у невропатолога;
– в наблюдении у психотерапевта;
Р в диспансерном наблюдении у психиатра;
– не нуждаются в наблюдении.

Для деменции характерны:
– утрата обучаемости;
– утрата способности к ранее доступным абстрактным понятиям;
– расстройства памяти;
– отсутствие критики;
Р все перечисленные признаки.

Болезненное понижение настроения с двигательной заторможенностью и общим угнетением психических функций называется:
– дисфорией;
Р депрессией;
– апатией.

Для псевдогаллюцинаций характерно:
– сохранение критериев объективной реальности;
– социальная уверенность;
– направленность на физическое «Я»;
– внешняя, в объективном пространстве, проекция;
Р ничего из перечисленного.

Для псевдогаллюцинаций не характерно:
– не зависят от времени суток;
– направленность на психическое «Я»;
– проекция за пределами чувственного горизонта;
Р актуальное поведение с социальной уверенностью;
– отсутствие критериев объективной реальности.

К нарушениям памяти относится:
– парамнезии;
– гипомнезии;
– гипермнезии;
– амнезии;
Р все перечисленное.

Корсаковский синдром относится к нарушениям:
– мышления;
Р памяти;
– внимания;
– эмоциональной сферы;
– восприятия.

Для синдрома Корсакова не характерно:
– парамнезии;
– фиксационная амнезия;
– ретро-антероградная амнезия;
Р нарушение логического мышления;
– ничего из перечисленного.

Патологические вымыслы, принимаемые больными за реальные события прошлого – это:
– палимпсесты;
– псевдореминисценции;
– криптомнезии;
– фантазерство;
Р конфабуляции.

Нарушение локализации (смещение) событий времени – это:
Р псевдореминисценции;
– палимпсесты;
– криптомнезии;
– конфабуляции;
– амнезии.

Показания к госпитализации:
– постановления суда о проведении обследования и лечения в стационарных условиях;
– проведения психиатрической экспертизы;
Р наличие психического расстройства при соответствующем решении врача;
– показания к недобровольной госпитализации;
– все выше перечисленное.

Показания к недобровольной госпитализации исключают:

Р агрессивное поведение в алкогольном опьянении;
– существенный вред здоровью больного, если он будет оставлен без психиатрической помощи;
– беспомощность, возникающая вследствие психического расстройства;
– опасность больного для себя и для окружающих;
– все перечисленное выше.

К основным методам исследования, которые применяются в психиатрии, не относятся: ??????????????????

– метод клинической беседы;
– метод наблюдения;
– экспериментально-психологическое исследование;
– все выше перечисленное;
– ничего из выше перечисленного.

Для психотического уровня психических расстройств характерно:

– сохранение критики;
– раздражительность;
Р нарушение критики и поведения;
– упорядоченное поведение;
– ничего из перечисленного.

Патологии восприятия включает:

– метаморфопсии;
– галлюцинации;
– психосенсорные расстройства;
– иллюзии;
Р ничего из выше перечисленного.

К иллюзиям относятся все, кроме:

– зрительных;
– слуховых;
Р функциональных;
– тактильных;
– обонятельных.

Галлюцинации разделяют на:
– гипнопомпические;
– гипнагогические;
– истинные;
– псевдо;
Р все перечисленные.

При олигофрении в степени дебильности не развито мышление:
– наглядно-действенное;
– конкретно-образное;
Р абстрактно-логическое;
– абстрактно-образное;
– все виды.

Виды нарушения мышления:
– нарушение целенаправленности;
– нарушение темпа;
– патологическая продукция мышления;
– нарушение стройности;
Р все перечисленное.

К нарушению стройности мышления относится:
– вербигерация;
– персеверация;
– шперрунг;
– ментизм;
Р все перечисленное.

К патологической продукции мышления относят:
– сверхценные идеи;
– навязчивые идеи;
– бредовые идеи;
Р все перечисленное;
– ничего из перечисленного.

Для сверхценных идей не характерно:
– психологическая понятность;
Р стремление от них избавиться;
– возникновение на реальной почве;
– влияние на поведение;
– отсутствие достаточной критики.

Для навязчивых идей не характерно:
– непроизвольное возникновение либо провоцирование;
– стремление избавиться от них и переживание их как чуждых;
Р отсутствие критики;
– относительно упорядоченное поведение;
– ничего из перечисленного.

Для бредовых идей не характерно:
– непоколебимая убежденность;
– отсутствие критики;
Р реальная почва;
– противоречие с действительностью;
– определяют поведение.

Бредовые идеи по содержанию могут быть:
– греховности;
– преследования;
– могущества;
– сутяжничества;
Р все перечисленные.

Наличие только бреда относится к синдрому:
Р паранойяльному;
– параноидному;
– парафренному;
– всем перечисленным;
– ничего из перечисленного.

Наличие бреда и галлюцинаций относится к синдромы:
– парафренному;
– паранойяльному;
Р параноидному;
– всем перечисленным;
– ничего из перечисленного.

Наличие бреда и фантастического бреда относится к синдрому:
– паранойяльному;
– параноидному;
Р парафренному;
– всем перечисленным;
– ничего из перечисленного.

Наличие псевдогаллюцинаций и явлений психического автоматизма относится к:
– синдрому Корсакова;
– синдрому аментивному;
Р синдрому Кандинского-Клерамбо;
– синдрому делириозному;
– амбулаторному автоматизму.

Для парафренного синдрома не характерно:
– явлений психического автоматизма;
– галлюцинации;
Р депрессия;
– идеи величия;
– ничего не характерно.

Для параноидного синдрома не характерно:
– бред;
– галлюцинации;
Р астения;
– все перечисленное;
– ничего из перечисленного.

Для паранойяльного синдрома характерно:
– псевдогаллюцинации;
– истинные галлюцинации;
– явления психического автоматизма;
Р бред;
– все перечисленное.

Дисфория относится к нарушению:
– мышления;
– интеллекта;
– памяти;
Р эмоций;
– воли.

Причиной невроза является:
Р психотравмирующий фактор;
– интоксикация;
– черепно-мозговая травма;
– соматическое заболевание;
– инфекционное заболевание.

Отказ от пищи у больного может возникнуть при:
– кататоническом ступоре;
– депрессии;
– нервной анорексии;
– бредовых идеях отравлениях;
Р при всех перечисленных состояниях.

Приступы маниакальных и депрессивных состояний характерны для:
– реактивного психоза;
– истерии;
Р маниакально-депрессивного психоза;
– для всех перечисленных заболеваний;
– инволюционного психоза.

При подозрении на какое состояние необходима консультация психиатра?

– суицидальные высказывания и действия;
– нарушение сознания;
– депрессивное состоянии;
– бредовый синдром;
Р при всех перечисленных состояниях.

При каких заболеваниях больной не нуждается в диспансерном наблюдении?

– маниакально-депрессивном психозе;
– шизофрении;
Р неврозах;
– инволюционной депрессии;
– старческой деменции.

Убеждение больного о наличии у него неизлечимого заболевания при отрицательных результатах многочисленных исследований и консультаций является основанием для:

– повторных исследований;
– проведение имитации терапии;
– оставление обращений больного без внимания;
Р назначения консультации психиатра;
– все перечисленные мероприятия правильные.

Необходимость в недобровольной госпитализации у агрессивного больного определяется:

– речевой заторможенностью;
– двигательной заторможенностью;
– пониженным настроением;
– запорами;
Р суицидными тенденциями и действиями.

При экзогенных воздействиях у больных могут возникать:

– синдромы нарушения сознания;
– галлюциноз;
– эпилептические пароксизмы;
– астенический синдром;
Р все перечисленное.

При соматических заболеваниях у больных могут возникать:

– синдромы нарушения сознания;
– галлюциноз;
– эпилептические пароксизмы;
– астенический синдром;
Р все перечисленное.

Экзогенным типам реагирования не свойственны:

– синдромы нарушения сознания;
Р кататонический синдром;
– астения;
– галлюциноз;
– эпилептические пароксизмы.

Экзогенным типам реагирования не свойственны:

– оглушение;
– делирий;
Р онейроид;
– аменция;
– сумеречное состояние сознания.

Астеническому синдрому свойственны:

– нарушение устойчивости внимания;
– затруднения запоминания;
– затруднения интеллектуальной деятельности;
– физическая утомляемость;
Р все перечисленное.

Синдромам нарушения сознания свойственны:

Р нарушения ориентировки;
– бредовые идеи;
– депрессия;
– маниакальное состояние;
– гебефреническое возбуждение.

Синдромам нарушения сознания свойственны:
– нарушения ориентировки;
– отрешенность от окружающего;
– амнезия;
Р все перечисленное;
– ничего из перечисленного.

К эпилептическим расстройствам относятся:
Р сумеречные состояния сознания;
– негативизм;
– психические автоматизмы;
– астения;
– гебефреническое возбуждение.

Эпилептические расстройства включают:
– эпилептические реакции;
– эпилептический синдром;
– эпилептическую болезнь;
– ничего из перечисленного;
Р все перечисленное.

Кататонический синдром проявляется:
– негативизм;
– стереотипиями;
– каталепсией;
– вычурностью;
Р всем перечисленным.

Кататоническому синдрому не свойственны:
Р астения;
– негативизм;
– стереотипии;
– вычурностью;
– каталепсия.

Гебефреническому синдрому свойственны:
– эйфоричность;
– дурашливость;
– передразнивание других;
– ускорение речи;
Р все перечисленное.

Психоорганический синдром включает:
– нарушение памяти;
– затруднения интеллектуальной деятельности;
– эмоциональную лабильность;
– астению;
Р все перечисленное.

Психоорганическому синдрому свойственны:
– бредовые идеи;
– галлюцинации;
– эхолалия;
Р нарушения памяти;
– апатия.

Критерии разграничения 1-ой и 2-й стадий психоорганического синдрома:
– эмоциональная лабильность;
Р нарушения памяти;
– головные боли;
– метеочувствительность;
– снижение критики.

Критерии разграничения 2-й и 3-ей стадий психоорганического синдрома:
– нарушения памяти;
– эксплозивность;
– эйфоричность;
Р отсутствие критики;
– астения.

Причинами психических заболеваний являются:
– эндогенные факторы;
– экзогенные воздействия;
– соматические заболевания;
– психологические факторы;
Р все перечисленное.

Психогенные факторы включают:
– черепно-мозговые травмы;
– отравления;
Р неблагоприятные психологические факторы;
– инфекции;
– все перечисленное.

Часть VI

Требование к уровню освоения предмета «Психиатрия и наркология»

Требования к уровню освоения содержания дисциплины

По завершении обучения студент **должен знать**:
– принципы построения международной и отечественной классификации психических расстройств;
– юридический порядок психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар;
– принципы организации психиатрической службы в Российской Федерации;
– основные лекарственные средства, используемые в психиатрии, принципы их подбора, противопоказання к их назначению, возможные побочные эффекты;
– методы исследования, применяемые в психиатрии, их диагностические возможности, показания к проведению;
– основные симптомы и синдромы психических расстройств, их диагностическое значение, роль этих синдромов в выработке врачебной тактики;
– данные о распространенности, проявлениях, течении, терапии, прогнозе наиболее распространенных психических заболеваний, об их влиянии на адаптацию пациентов и возможности их трудовой и социальной реабилитации;
– основные типы патологии характера и то влияние, которое они могут оказывать на течение психических и соматических заболеваний, на выбор методов психотерапии;
– лекарственные средства, медицинские манипуляции, экологические и социальные факторы, повышающие риск возник-

новения психических расстройств, принципы профилактики психических заболеваний.

По завершении курса обучения студент **должен уметь**:

- своевременно выявлять наиболее острые психические расстройства, которые могут представлять непосредственную опасность для жизни и здоровья больного и лиц, его окружающих;
- сформулировать предварительное заключение о психическом состоянии больного и грамотно составить направление в психиатрическое или наркологическое учреждение;
- оказать помощь в ургентной ситуации и по возможности купировать наиболее опасные и неотложные психические расстройства (психомоторное возбуждение, агрессивное и суицидальное поведение, отказ от еды, эпилептический статус, тяжелопротекающий делирий, отравление психоактивными веществами);
- организовать надзор, удержание и транспортировку возбужденного и социально опасного больного;
- собрать субъективный и объективный анамнез и провести их предварительный анализ;
- распознавать психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами для своевременного направления пациента к врачу-психиатру;
- грамотно, психотерапевтично проводить беседу с больными различного профиля и их родственниками с учетом их личностных особенностей, осведомленности и ведущих мотивов;
- использовать элементы психотерапии в комплексном лечении самых различных заболеваний (включая соматические).

Учебно-методическое пособие

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Методические материалы

Под редакцией профессора Б.Н. Пивень

Корректор Мельникова Н.Н.
Компьютерная верстка Мельникова Н.Н.
Обложка Телегин А.А

Подписано в печать 31.04.2005
Формат 60Ч90/16. Бумага офсетная. Печать ризографическая.
Гарнитура Таймс Нью Роман
Тираж 150 экз.

Алтайский государственный медицинский университет
г. Барнаул, пр. Ленина, 40